PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS,

OU

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS CHOISIES

SUR LES POINTS LES PLUS IMPORTANS DE L'ART,

PAR Mme LACHAPELLE,

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS;

PUBLIÉS

PAR ANTOINE DUGÈS, SON NEVEU,
Docteur en médecine,
Professeur d'accouchement à la faculté de médecine
de Montpellier.

Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnemens, et l'expérience donne la perfection à tous les arts. (MAURICEAU, tome II, *Préface.*)

—

TOME TROISIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 14.

1825.

uns aux mammifères de la famille suivante; mais dans celle-ci couronne des mâchelières est plate, ou offre deux arêtes. index est onguiculé et a trois phalanges.

Le nez est toujours simple; les oreilles sont toujours pe-es et sans aileron; les membranes latérales sont ordinaire-ent profondément échancrées entre les jambes. Ces chei-ptères se nourrissent de fruits, tandis que les suivans sont tomophages.

Les g. Roussette, Céphalote, Cynoptère, Harpie, Ma-oglosse.

TROISIÈME FAMILLE.

Vespertiliones (ou chauve-souris). *Vespertiliones.*

emblables, ainsi que je l'ai dit, aux cheiroptères de la ille précédente, à raison de la forme et des propriétés de rs membres antérieurs, ils en sont néanmoins bien dis-cts par leurs mâchelières hérissées de pointes coniques, et leur index dépourvu d'ongle et n'ayant qu'une à deux alanges.

. Museau souvent remarquable, soit par ses appendices, t par des fossettes ou des sillons. Nombre total des incisives, huit au plus, et souvent moindre, ou nul.

1. Museau sans appendices ni sillons.

Les g. Molosse, Nyctinome, Sténoderme, Dysope, Myop-re, Noctilion, Atalaphe (Rafin., Desmar.).

2. Bout du museau offrant, soit des appendices en forme de nes ou de feuilles, soit des sillons ou des fossettes.

A. Oreilles libres (point réunies sur la tête).

Les g. Glossophage, Phyllostome, Vampire, Rhinolophe, rctère, Taphien.

B. Oreilles réunies.

PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS.

TOME III.

COLLÈGE DE LA SAINTE ROMAINE

DE L'IMPRIMERIE DE FEUGUERAY,
RUE DU CLOÎTRE SAINT-BENOÎT, N° 4.

B92 /III

PRATIQUE

DES

ACCOUCHEMENS,

OU

MÉMOIRES, ET OBSERVATIONS CHOISIES,

SUR LES POINTS LES PLUS IMPORTANS DE L'ART;

PAR Mme LACHAPELLE,

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENT DE PARIS;

Publiés par ANT. DUGÈS, son neveu, Professeur d'Accouchemens à la Faculté de Médecine de Montpellier, Agrégé près la Faculté de Médecine de Paris.

Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnemens, et l'expérience donne la perfection à tous les arts. (MAURICEAU, tome II, Préface.)

TOME TROISIÈME.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 14.

1825.

PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

VIIe MÉMOIRE.

Éclampsie ou Convulsions puerpérales.

§ Ier. *Définition.* Il ne s'agit point dans cet article des spasmes ou convulsions des muscles de la vie nutritive (1), comme l'estomac, le cœur, le diaphragme, la vessie, etc. (vomissemens, hoquets, micturitions), qui peuvent affecter les femmes pendant la grossesse, le travail ou l'état de couches : je ne veux point non plus parler ici de l'affection hystérique et de ses symptômes ordinairement si peu dangereux (2), ni de ces mouvemens spasmodiques, uniquement dus à une grande suscep-

(1) *Voyez*, sur ce sujet, une thèse pleine d'érudition, soutenue en 1822 par le docteur A. C. Baudelocque, neveu du célèbre accoucheur de ce nom.

(2) Forestus, *de Mul. Morbis*, obs. 22.

tibilité nerveuse, et suscités par des causes accidentelles, comme une grande sensibilité de l'utérus (BAUDELOCQUE), la distension de la vessie (PORTAL, pag. 104; DELAMOTTE, pag. 1110). Nous avons déjà parlé des convulsions qui surviennent dans la dernière période des hémorrhagies utérines (*voyez* le Mémoire précédent, et DELAMOTTE, pag. 1226) : il ne sera ici question que de ce genre particulier d'affections convulsives auquel sont si sujettes les femmes dans l'état puerpéral, et qui participe de l'épilepsie et de l'apoplexie sans se rattacher bien exclusivement à l'une ou à l'autre, quoi qu'en aient dit Tissot (1) et Levret (2). Cette dernière raison nous détermine à conserver le nom spécial d'*éclampsie* donné par Sauvages à l'affection qui nous occupe. Nous aurons, dans les paragraphes suivans (*diagnostic et examen des cadavres*), l'occasion de développer nos preuves relativement à l'analogie de nature qui existe entre

---

(1) Selon lui, c'est une épilepsie véritable. On trouve cette maladie désignée sous le nom d'*épilepsie utérine*, *epilepsia ab utero*, dans un grand nombre d'anciens auteurs, et confondue, sous ce nom, comme sous celui d'apoplexie utérine, avec l'hystérie (MERCATUS, *de Mul. Aff.*, l. II, c. V; RODERICUS A CASTRO, *Mul. Morb, pars* II; FORESTUS, *de Morb. Mul.*; SCARDONA, *itid.*, p. 103; SENNERT et SYDENHAM, *itid. Voy.* même encore REISSER, *Bibl. med.*, t. XIX, p. 52.)

(2) Levret l'appelle *apoplexie hystérique*, et quelquefois apoplexie laiteuse.

l'éclampsie et les deux maladies indiquées en dernier lieu. Je n'insisterai pas davantage en ce moment sur ce point intéressant, de peur de tomber dans des répétitions inutiles.

§ II. *Fréquence.* L'éclampsie puerpérale, sans être fort rare, est cependant moins commune que l'hémorrhagie et que plusieurs autres accidens analogues. La fréquence en est si variable, si peu constante, qu'on ne peut guère établir de données à cet égard. Cependant voici les résultats que me fournissent les relevés de mes registres. Dans les neuf années dont le détail fait l'objet des tableaux du premier volume, et qui comprennent 15,652 accouchemens, nous avons observé trente-six fois l'éclampsie, et quatre fois une véritable apoplexie chez des femmes en travail ou en couches (1). Le forceps a été employé douze fois pour cette cause, et la version a été pratiquée cinq fois seulement. Dans les neuf années subséquentes qui ont fourni les tableaux annexés au deuxième volume, nous n'avons observé que vingt-cinq femmes atteintes de cette maladie (2). Deux seulement ont été frappées d'apoplexie, l'une pendant le travail, l'autre, plusieurs jours après l'accouchement. Le forceps n'a été appliqué que huit fois, et je ne trouve

(1) *Voyez-en* un exemple dans les Accouchemens de Lebas, p. 155.

(2) Je soupçonne quelques omissions dans ces registres; (*Voyez* 6e Mém., art. 4e, § 1er, *note*), et en effet on peut voir ci-après quelle énorme différence existe en-

pas dans mes registres un seul cas où la version ait été nécessitée par l'accident qui nous occupe : cependant cet espace de temps comprend un nombre d'accouchemens bien plus considérable que celui dont je parlais à l'instant, puisque les derniers tableaux sont composés sur un total de 22,243. Voici une liste des vingt-sept cas mentionnés, qui pourra être de quelque utilité pour les considérations ultérieures.

En mars 1812	— 3 femmes frappées d'éclampsie avant l'accouchement.	Septembre 1819	— 1 avant l'ac.
Septembre 1812	— 1 après l'ac.	Octobre.. 1819	— 2 *idem.*
Décembre 1813	— 1 avant.	Janvier.. 1820	— 1 *id.* (jumeaux.)
Janvier.. 1814	— 2 *idem.*	Avril.... 1820	— 1 *id.*
Mars.... 1814	— 1 *id.*	Avril.... 1820	— 1. Apopl. après l'accouch.
Septembre 1815	— 2 *id.*	Mai..... 1820	— 1. Ecl. avant.
Octobre.. 1816	— 1 *id.*	Juin..... 1820	— 1 *id.*
Septembre 1817	— 1 *id.*	Juillet ... 1820	— 1. Apoplex. *id.* (Opér. cés. après la mort; enfant vivant.)
Février.. 1818	— 2, 1 apr., 1 av.	Août.... 1820	— 1. Eclamp., *id.*
Novembre 1818	— 1 avant.		
Mars.... 1819	— 1 après.		
Juin..... 1819	— 1 avant.		

Les convulsions peuvent survenir avant le développement du travail, pendant le travail même, ou après l'accouchement. Les symptômes et les indications diffèrent trop peu selon ces diverses époques pour que j'aie cru devoir en faire autant

---

tre la proportion des cas fournis par les années 1819 et 1820, et celle qu'ont donnée les sept précédentes. Ces deux années, qui constituent presque la moitié du total des neuf, ont été suivies par moi-même et avec une exactitude scrupuleuse. (*Note de l'Éditeur.*)

de divisions principales : elles nous fourniront seulement quelques remarques, et la première, qui se présente naturellement ici, c'est que l'éclampsie est fort rare avant le sixième mois de la grossesse, même en cas d'avortement, plus commune après l'accouchement, et bien plus fréquente encore pendant un travail déclaré dans les derniers mois de la grossesse. La plupart se remarquent du huitième au neuvième mois. Notez bien que je rejette de cette énumération les cas relatifs à des atteintes apoplectiques ou épileptiques observées plusieurs jours, plusieurs semaines, et, à plus forte raison, plusieurs mois après l'accouchement, comme quelques personnes se sont plues à en accumuler des exemples.

§ III. *Causes*. On les distingue généralement en prédisposantes et en occasionelles : ces dernières sont rarement distinctes, et je me contenterai de citer parmi elles les affections morales (Baudelocque, pag. 60), les douleurs aiguës, etc., sur lesquelles j'ai peu de données positives. Les efforts violens, la longueur du travail et le travail même peuvent aussi passer pour tels; car rarement voit-on survenir les convulsions pendant la grossesse sans que le travail ait précédé ou suivi les accès. Dans certains cas, il est vrai, les accès précèdent de si loin le développement du travail que l'on ne saurait guère douter qu'elles n'en soient la cause, ou du moins qu'elles ne tiennent à la même cause qui met en jeu la contractilité de l'utérus.

Quelques auteurs, Smellie entre autres, attribuent une certaine influence sur la production de cette maladie à des conditions atmosphériques peu connues, et sur ce point, M. le docteur Bouteilloux a consigné dans son excellent travail (*thèse* in-4°., 1816) cette remarque souvent faite dans notre hospice, que l'éclampsie n'est pas toujours sporadique : une femme affectée de ce mal nous en annonce ordinairement une ou plusieurs autres.

Sans doute l'épilepsie, l'hystérie, la pléthore, lorsqu'elles sont habituelles, prédisposent à cette affection ; mais une remarque plus certaine et plus générale, c'est que les primipares y sont principalement exposées, ainsi que les femmes infiltrées et celles dont l'utérus est fortement distendu par une grande quantité d'eau, par des jumeaux, par des enfans volumineux (1), circonstances qui fort souvent sont simultanément existantes. Ce n'est pas qu'on ne voie quelquefois survenir l'éclampsie chez des femmes accouchées une ou plusieurs fois auparavant (2); mais le cas contraire s'observe infiniment plus souvent, et c'est la remarque de tous les accoucheurs.

---

(1) Et surtout des garçons (MAURICEAU, *Obs.* 156.)

(2) Cinquième grossesse (MAURICEAU, *Obs.* 659; BAUDELOCQUE, p 15). Quatrième grossesse (REISSER, *Obs. citée*). *Voy.* en outre DELAMOTTE, pag. 1115, etc. Sixième grossesse (PETIT, *Bibl. méd.*, tom. XXIX, pag. 166.)

Peut-être cette particularité tient-elle à une plus grande gêne de la part de l'utérus encore inhabile à souffrir aisément une distension considérable (1). Quant à l'infiltration, à la pléthore séreuse, outre qu'elle occasione presque toujours une plus grande distension de la matrice en lui fournissant plus d'eau, on conçoit qu'elle dispose à l'apoplexie séreuse (2), et si l'on admet qu'elle dépend de la compression des vaisseaux pelviens,

---

(1) Si la distension cause la torpeur, on comprend qu'une distension outrée causera une torpeur profonde, dont la suite sera une violente réaction dans le siége primitif de la torpeur et dans les organes sympathiquement stupéfiés, dans le cerveau, par exemple. (Voyez *Symptômes précurseurs.*)

Cette théorie acquerra quelques probabilités si l'on veut faire attention qu'un *molimen* apoplectique accompagne en ce cas le développement du travail utérin; que les convulsions redoublent à chaque douleur, et cessent souvent dans leurs intervalles; que les symptômes précurseurs sont tous symptômes d'asthénie directe, et que ceux des accès offrent tous les caractères de la réaction sthénique; que l'utérus étant vidé, et la distension ayant cessé (rupture des membranes, accouchement, délivrance), les accès disparaissent; et enfin, que ceux qui se montrent après l'accouchement peuvent tenir à la fatigue du travail, et sont toujours moins dangereux, parce que la cause n'est pas persistante, à moins qu'il ne soit resté dans la matrice quelque portion de placenta, etc. (*Voyez* BOUTEILLOUX, pag. 18.)

(2) *In affectibus hydropicorum, comitiales morbi incidentes lethales.* (HIPP. *Coac.*, *sect* II, *art.* 30.)

on comprendra mieux encore cette prédisposition.

Le célèbre professeur Chaussier pense que cette surabondance de sérosité qui inonde tous les tissus tient à l'oxidation imparfaite du sang, à l'imperfection de l'exhalation pulmonaire, due à la compression énorme que supportent les organes respiratoires. Cette théorie ne change rien aux hypothèses que j'énonçais à l'instant. Dans certains cas, on ne peut même avoir recours à ces hypothèses, et les causes prédisposantes ou déterminantes restent tout-à-fait inconnues.

§ IV. *Symptômes.* Trois ordres de symptômes bien distincts et offrant des considérations particulières relativement au diagnostic, au pronostic et au traitement, doivent ici être successivement examinés : ce sont les symptômes précurseurs, ceux qui caractérisent les accès, et ceux qui se montrent quelquefois dans leurs intervalles.

A. Les symptômes précurseurs manquent quelquefois totalement : un violent accès saisit brusquement la malade sans que rien l'ait annoncé, si ce n'est peut-être un léger malaise dont elle n'a pas eu le temps de prévenir les assistans, circonstance assez fréquente chez les femmes pléthoriques et chez celles qui sont habituellement sujettes à des accès d'épilepsie. Plus souvent des signes plus ou moins prononcés se montrent assez long-temps à l'avance pour faire prévoir un accès, et pour avertir d'en prévenir l'invasion. Le professeur Chaussier pense même que, dans tous

les cas, « il existait déjà une prédisposition, et que, dans les cas d'exception, les symptômes qui pouvaient annoncer l'accident ont été méconnus ou inaperçus (1). » Nous avons vu quelquefois ces symptômes durer pendant plusieurs jours avec quelques alternatives d'augmentation et d'amoindrissement. Quelquefois, sans aucun traitement, ces accidens ont disparu; d'autres fois, ils ont cédé à des médications rationnellement dirigées; quelquefois aussi ils n'ont pu être dissipés, et l'affection a continué ses progrès.

Parmi ces signes précurseurs, nous devons compter tous ceux de la pléthore et de la congestion sanguine vers la tête (molimen apoplectique). Il y faut joindre aussi ceux de la pléthore séreuse; mais des signes plus certains annoncent la lésion du cerveau et du système nerveux: telle est une céphalalgie, souvent poignante, quelquefois hémicrânienne, offrant souvent le caractère de la migraine (2), et accompagnée,

---

(1) Distribution des prix à l'École d'accouchement, pour l'an 1823.

(2) Si cette analogie de symptômes céphaliques et gastriques ne suffisait pas pour faire admettre l'identité de la migraine et des prodromes de l'éclampsie, je pourrais appuyer encore cette opinion de la relation de plusieurs exemples frappans : en voici un des plus remarquables. « Une femme de trente ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, n'ayant jamais éprouvé d'affections convulsives, mais sujette à des accès de migraine qui revenaient régulièrement une fois

comme cette dernière, d'éblouissement, de vertiges, de nausées et même de vomissemens que certains auteurs donnent comme symptômes de convulsions gastriques, et qu'ils semblent rapporter à la même cause prochaine dont dépendent les mouvemens spasmodiques des membres et de la face. Dans ces derniers cas, la face est souvent pâle, le pouls petit et dur ou même faible, la peau froide,

---

tous les mois, touchait à la fin du septième mois de sa cinquième grossesse, sans autre incommodité qu'une œdématie des jambes assez considérable. Le 19 brumaire de l'an 11, elle éprouve sa migraine périodique, des vomissemens, et, vers dix heures du soir, des convulsions générales, qui, après avoir duré quelques minutes, la laissèrent privée de tous ses sens. M. Rogery, appelé, trouve le visage tuméfié et livide, les yeux fermés, et leurs globes livrés à des mouvemens convulsifs; la respiration stertoreuse. Au bout de quelques instans, les muscles de la face et ceux de la jambe gauche sont pris de convulsions très-fortes, avec écume à la bouche, et ces convulsions se propagent sur-le-champ à toutes les parties du corps. Cet accès est remplacé par l'état apoplectique le plus complet. Un nouvel accès succède bientôt au premier : les saignées et les anti-spasmodiques sont employés sans succès. Les accès se renouvellent de vingt en vingt minutes. Vers trois heures du matin, le chirurgien, à la suite d'un accès, trouve la poche des eaux dans le vagin et amène au jour un enfant qui survécut trois mois à sa naissance prématurée. Les convulsions ne reviennent pas, mais l'état apoplectique persiste. Les sinapismes aux jambes, les vésicatoires à la nuque, sont employés sans succès; la malade succombe le 23 au soir, quatrième jour de la maladie. » (*Bibl. méd.*, t. XVI, p. 110.)

surtout aux membres ; et je crois avoir remarqué souvent une sorte d'horripilation incomplète : ceci s'observe particulièrement chez les femmes affectées d'anasarque, et plus rarement chez les femmes pléthoriques. L'état véritablement torpide de l'encéphale est quelquefois porté au point qu'il existe une cécité complète (1), ou du moins que la vue semble obscurcie par d'épais brouillards (2). La torpeur de l'estomac est aussi portée quelquefois au point de donner lieu à un sentiment douloureux, rapporté à l'épigastre, et qui parfois est le principal sujet des plaintes de la malade (3). Du reste, il n'existe aucun symptôme de phlegmasie gastrique, et les vomissemens qui existent souvent alors me paraissent devoir être assimilés à ceux d'un frisson fébrile ; c'est une réaction locale qui, par momens, succède à la torpeur.

B. Après une durée et une intensité fort variables des symptômes que je viens de mentionner, sur-

---

(1) *Voy.* DENMAN, *Introd. à la Prat. des Accouchemens.*

(2) J'ai éprouvé ce symptôme au début de plusieurs accès de migraine. *(Note de l'Éditeur.)*

(3) DENMAN, *loc. cit.* Cette espèce de crampe est, selon lui, d'un fort mauvais augure : les vomissemens en sont, dit-il, rarement la conséquence. La douleur persiste parfois même pendant les accès. « Quelquefois, dit M. Chaussier, nous avons vu des femmes, dans des accès de convulsions, porter automatiquement les mains à l'épigastre, se frapper fortement cette région, chercher à la déchirer avec leurs ongles. » *(l. c.)*

vient un premier *accès*, dans lequel s'observent toujours des signes d'une violente agitation et du système cérébral et du système ganglionnaire, quel qu'ait été l'état antécédent. L'excitation du premier de ces systèmes est assez caractérisée par de violens mouvemens convulsifs qui affectent à la fois tous les membres, la face et souvent aussi le tronc. Ces mouvemens s'opèrent ordinairement par secousses répétées, brusques et simultanées; de sorte que la malade, couchée sur le dos, semble vouloir secouer les bras et les jambes en les étendant, les roidissant vivement et par intervalles très-rapprochés. Les poings sont ordinairement fermés, tournés en pronation forcée, et les bras étendus sur les parties latérales ou vers le devant du corps. Pendant ce temps, la face s'agite et grimace en tous sens; les yeux roulent dans leurs orbites dans des directions souvent opposées; la langue sort de la bouche en exécutant des mouvemens irréguliers, et si l'on n'a la précaution d'écarter les mâchoires, qui se rapprochent de temps à autre assez fortement pour fausser une cuiller d'argent, cet organe est inévitablement mutilé, coupé ou déchiré par les dents (1). La congestion

(1) Il m'a quelquefois suffi de repousser avec précaution la langue dans la bouche au commencement de chaque accès; les mâchoires une fois serrées, la langue ne sort plus; elle peut être poussée et pressée fortement, contuse même, contre les dents; mais elle ne peut plus être mutilée. Ce

cérébrale qui accompagne ces effets ne peut avoir lieu à un aussi haut degré sans annuler les fonctions sensoriales : aussi la malade ne perçoit aucun son, aucune lumière ; les pupilles sont fortement dilatées et ne se contractent point ou fort peu à l'approche d'un corps lumineux; les autres sens ne sont pas moins obtus, et l'on peut brûler, déchirer la peau sans que l'individu en ait la conscience, sans qu'il se souvienne en aucune manière de ce qui s'est passé pendant l'accès, lorsque celui-ci est terminé.

Le trouble et l'excitation du système qui préside aux mouvemens involontaires n'est pas moins évident durant ces mêmes accès : la respiration est irrégulière, bruyante, et s'exécute par secousses continuelles et sans aucun ordre ; les matières fécales, les urines, les matières contenues dans l'estomac, sont souvent rejetées par le resserrement spasmodique de leurs réservoirs; les glandes salivaires sécrètent, comme dans l'épilepsie, une quantité plus considérable d'un liquide visqueux ou écumeux, qui ne contribue pas peu à donner à la respiration ce caractère stertoreux et demi-singultueux qu'il est assez difficile d'exprimer en paroles. Enfin la circulation démontre aussi son

---

procédé fait éviter à la malade le danger trop réel de la fracture ou de la luxation des dents, trop souvent opérée par une cuiller métallique qu'on a quelquefois l'imprudence de faire agir comme un levier pour écarter les mâchoires.

activité nouvelle par la force et la grandeur du pouls, la rougeur de la face et de tout le corps, l'injection des conjonctives, la chaleur de la peau et la sueur universelle qui ne tardent pas à succéder aux secousses convulsives.

Ce premier accès n'est pas toujours très-violent; mais les symptômes ne tardent pas à prendre une intensité plus grande dans les accès suivans, si de prompts secours ne s'opposent à cet accroissement : il ne faudrait donc pas s'en laisser imposer par cette modération apparente. Dans les derniers accès, les symptômes changent un peu de nature : les secousses convulsives sont moins considérables et moins prolongées; mais les symptômes soporeux sont plus marqués, plus graves et plus persistans.

La durée générale des accès ne peut être positivement déterminée : il en est dont le cours se borne à deux minutes, tandis que d'autres durent cinq à six fois autant. Le nombre et le rapprochement des accès ne sont pas moins variables. Certaines femmes n'en ont eu qu'un seul; d'autres en ont éprouvé une trentaine : chez les unes, les accès ont laissé des demi-journées d'intervalle; chez les autres, ils se sont répétés de quart d'heure en quart d'heure, de cinq en cinq minutes. Je renvoie pour tous ces détails aux observations particulières. On y trouvera une peinture exacte de ces divers phénomènes et de l'ordre de leur apparition.

C. Dans l'intervalle des accès, l'état de la femme

est loin d'être constamment le même. On remarque généralement que les premiers sont séparés par des périodes de santé parfaite ; la malade ne se souvient en aucune façon de ce qui s'est passé ; souvent elle s'étonne de n'être plus enceinte si l'accouchement s'est opéré ; souvent enfin elle se sent mieux qu'avant l'accès; mais les symptômes précurseurs reparaissent d'ordinaire bientôt quand un second accès doit suivre. A mesure que les accès se répètent, les suites en sont moins favorables; le coma se prolonge davantage, et tous les accidens soporeux, comme le stertor, l'insensibilité, l'immobilité, etc., persistent plus long-temps, jusqu'à ce qu'enfin ils deviennent continus, et qu'aucun retour à l'état normal n'ait plus lieu entre les paroxysmes convulsifs. Plus les accès sont répétés et rapprochés, plus ils sont prolongés et graves; plus aussi le coma dure à leur suite, plus il est opiniâtre, et plus on doit craindre une terminaison funeste.

§ V. *Diagnostic; différences.* La symptomatologie que nous venons d'exposer nous permet d'apercevoir l'analogie de l'affection qui nous occupe et de quelques autres maladies. On y trouve effectivement les convulsions de l'épilepsie, le coma de l'apoplexie et les suffocations de l'hystérie : telles sont en effet les maladies dont elle se rapproche, et avec lesquelles différens auteurs l'ont confondue (*Voyez* le § Ier). Un examen comparatif et rapide de chacune d'elles suffira pour nous faire voir

qu'il y a ici quelque chose de spécial et de particulier.

Je ferai remarquer d'abord que les *convulsions*, auxquelles tant de femmes nerveuses se croient sujettes, diffèrent totalement de l'éclampsie des femmes en couches par l'absence des symptômes comateux. La même différence exclut l'*hystérie* du parallèle. Il y a ici une congestion matérielle vers l'encéphale, qui n'existe point dans ces maladies purement spasmodiques.

D'un autre côté, l'*apoplexie* n'offre pas les mêmes prodromes, et ne s'accompagne point de ces violens mouvemens convulsifs que nous retrouvons ici.

L'*épilepsie* offre dans ses accès beaucoup de ressemblance avec l'éclampsie des femmes en couches; mais son caractère est bien moins grave, et les accidens soporeux moins fréquens à sa suite.

On ne saurait nier cependant qu'il n'y ait ici une sorte de fusion (1) de ces deux dernières maladies. D'une part, l'éclampsie laisse ordinairement, dans le cerveau, les mêmes traces que l'apoplexie séreuse (2), et parfois même un accès d'éclampsie subitement mortelle a produit un épanchement sanguin dans l'encéphale (3), ou bien a laissé à sa suite des paralysies plus ou moins opiniâtres (4).

---

(1) *Voyez* Bouteilloux, *Thèse inaugurale*, p. 32.

(2) *Voyez* ci-après, l'article *Examen anatomique*.

(3) Morgagni, *ép.* ii, art. 8.

(4) Paralysie de la langue; Mauriceau, obs. 581; hémi-

D'autre part, j'avoue que, chez des femmes épileptiques devenues enceintes, les accès redoublent souvent de fréquence, et qu'il est parfois impossible d'assurer que l'on n'a point affaire à un accès d'éclampsie (1). Chez de pareils sujets, les accès de convulsions sont tantôt sans aucune conséquence et tantôt mortels. On sait d'ailleurs que l'épilepsie est quelquefois suivie d'apoplexie, et il ne serait pas étonnant que l'état de couches modifiât assez la première de ces deux affections pour en faire une éclampsie véritable. Il est donc toujours prudent, enpareil cas, de se conduire comme si l'on avait affaire aux convulsions des femmes

---

plégie; DELAMOTTE, p. 1103; *fatal Paralysis of the œsophagus succeeding to labour*, RAMSBOTHAM, t. 1, p. 212. La rétention d'urine par paralysie de la vessie, la constipation la plus opiniâtre suivent ordinairement l'éclampsie. Quelquefois il y a incontinence, ce qui indique un autre genre de paralysie. Une femme menacée de convulsions pendant le travail en fut préservée par la saignée : cependant elle périt d'apoplexie un mois plus tard. MAURICEAU, *nouv. Obs.*, n° 97.

(1) J'ai même vu des femmes qui n'étaient épileptiques que pendant la grossesse. Une d'elles, entrée à l'hospice le 11 mars 1821, est accouchée fort heureusement, quoiqu'elle eût eu de fréquens accès d'épilepsie : ces accès la saisissaient ordinairement pendant son sommeil, et souvent même ils avaient lieu deux fois dans une nuit. *Non paucas vidi mulieres quæ, quotiès uterum gestant, crebro epilepsiâ corruunt, expeditæ verò nunquàm.* FERNEL, t. 1, p. 504.

en couches, et non à une maladie habituelle (1).

§ VI. *Pronostic*. Le pronostic de l'éclampsie est généralement fâcheux, puisqu'elle est fréquemment mortelle, et que, d'après mes observations, le traitement le mieux entendu ne conserve guère que la moitié des malades. Pour se faire une idée des chances plus ou moins défavorables qui se présentent dans les différens cas, il faut considérer le pronostic sous deux rapports distincts, relativement à la mère et relativement à l'enfant.

A. Sous le premier rapport, les convulsions sont plus ou moins dangereuses suivant l'époque de leur apparition, suivant leurs causes et suivant leurs suites. Je suppose toujours le traitement convenablement appliqué; car il est trop évident que la maladie, négligée et abandonnée aux seuls efforts de la nature (2), est presqu'inévitablement

(1) Une femme épileptique périt dans un accès huit jours après l'accouchement. MAURICEAU, obs. 552.

(2) C'est ce qui arrive toutes les fois qu'on veut, comme Roderic de Castro, Mercatus et autres, s'en tenir à l'usage des anti-spasmodiques. Pendant mon séjour à l'hospice, j'ai eu connaissance de deux faits funestes arrivés, l'un dans un hospice voisin où l'on s'était borné à l'usage de ces médicamens; l'autre en ville: dans ce dernier cas, on n'avait fait que quelques scarifications au lieu de saignées abondantes et répétées. M. Broussais, dans ses Phlegmasies chroniques, rapporte une observation (tom. II, pag. 432) dont indubitablement l'issue eût été funeste s'il ne se fût décidé, presqu'au hasard, à faire appliquer des sangsues au cou.

(*Note de l'Éditeur.*)

mortelle, à moins que l'accouchement ne s'opère avec une grande promptitude.

Cette maladie attaque si rarement les femmes dans les premiers mois de leur grossesse, qu'il est difficile de rien déterminer à cet égard; mais on peut dire que les convulsions qui surviennent avant le terme naturel de la grossesse sont fâcheuses, en ce qu'elles ont tous les dangers de l'avortement qu'elles déterminent, et que, l'accouchement étant le meilleur moyen d'en arrêter les progrès, le travail plus long d'un accouchement prématuré leur permet de marcher plus inévitablement vers un terme fatal.

La distension de l'utérus étant une des causes prédisposantes ou efficientes de l'éclampsie, il est évident 1°. que celle qui précède l'accouchement est toujours plus dangereuse que celle qui le suit (1); 2°. que celle qui se montre avant le développement du travail est plus dangereuse que celle qui paraît pendant sa durée, et principalement vers sa fin.

Quant aux autres causes, il est de remarque que la pléthore séreuse produit les convulsions les plus opiniâtres : la pléthore sanguine résiste moins aux saignées, et survit plus rarement à l'accouchement. Quant à l'habitude épileptique, elle rend les accès moins graves en ce que fort souvent ce sont de simples paroxysmes de l'épilepsie, qui a pris à peine la physionomie et les dangers de l'éclamp-

(1) *Voyez* MANNINGHAM, pag. 64.

sie. Cependant j'ai déjà averti de ne point trop se fier à ces données favorables.

Il est bien simple de concevoir que plus les accès seront violens, nombreux (1) et rapprochés, plus le pronostic sera fâcheux : indépendamment de ces considérations, l'état de la malade durant les intermissions est de la plus haute importance. J'ai vu des femmes éprouver jusqu'à huit ou dix accès fort longs et fort violens, mais un peu éloignés les uns des autres; la connaissance revenait en totalité dans ces intervalles : d'après ce seul indice, j'osai porter le jugement le plus favorable, et l'événement en confirma la justesse (2).

Parmi les suites funestes de l'éclampsie, l'apoplexie séreuse est la plus ordinaire : l'apoplexie sanguine et la paralysie sont bien moins fréquentes. On a quelquefois attribué aux violentes secousses des accès la rupture de l'utérus (3) : j'en conçois

---

(1) Selon Denman la fréquence des accès dépend seulement des contractions utérines, et par conséquent elle n'est point fâcheuse. J'aurais peine à admettre la conclusion, quand même j'admettrais la proposition, qui me paraît fort douteuse.

(2) Mauriceau n'a pas meilleure opinion que nous de l'assoupissement dans l'intervalle des accès (t. 1er, p. 326) : c'est un signe de l'établissement de l'apoplexie séreuse... *Si accessiones frequentiùs irruant . . . . nil mirum si in apoplexiam levem degeneret.* (Mercatus.) *Apoplectica puerpera moritur.* (Roederer, § 697.)

(3) Hamilton, pag. 151.

la possibilité sans pouvoir l'appuyer d'aucun exemple. On a vu bien plus fréquemment le coma persister en s'accompagnant de symptômes fébriles ; quelquefois le délire s'établit, et la maladie se change en véritable fièvre cérébrale.

Une autre suite moins immédiate, et qui n'est point rare, surtout dans certaines constitutions atmosphériques, une suite qui sans doute tient à la vive surexcitation du système sanguin, au molimen fébrile auquel il a été soumis pendant et après les accès, c'est la péritonite puerpérale. J'ai vu plus d'une fois des médecins, peu experts en pareille matière, s'applaudir en voyant la fièvre succéder aux convulsions. Ils autorisaient leur satisfaction sur un aphorisme d'Hippocrate, et se gardaient bien de troubler cette fièvre salutaire ; mais trop souvent les symptômes cérébraux les plus graves, ou bien ceux de l'inflammation du péritoine venaient tromper leurs vœux : symptômes d'autant plus dangereux alors, en effet, qu'ils avaient été moins prévus, et que souvent l'état leucophlegmatique des malades faisait redouter à ces mêmes médecins l'usage des saignées et des autres anti-phlogistiques. (*Voy.* Makensie cité par Denman, et Petit, *Bibl. méd.*, t. xxix, p. 166.)

B. Relativement à l'enfant, les convulsions de la mère ont ceci de défavorable, qu'elles déterminent parfois un travail prématuré, un travail long, pénible, et auquel la vie de l'enfant ne peut résister. En second lieu, en troublant la circulation mater-

nelle, les convulsions dérangent aussi celle de l'enfant, et peuvent également le faire périr. En outre, on se hâte, en pareil cas, de terminer l'accouchement par les secours de l'art aussitôt que la chose est possible; et nous avons vu ailleurs que la version ou le forceps n'était pas toujours sans inconvéniens par rapport à la santé du fœtus. Ces considérations suffisent pour rendre raison du nombre assez considérable des enfans qui naissent mourans ou morts et même putréfiés (1) après un travail précédé ou accompagné d'éclampsie; il n'est point pour cela nécessaire de recourir à une communication directe entre les nerfs ou le sang des deux individus, et à une transmission de l'état morbide. Au reste, il ne faut pas croire avec certains auteurs que cet événement soit constamment funeste au fœtus; les exemples contraires ne nous manqueront pas, soit que nous voulions les puiser dans les recueils de quelques auteurs praticiens (2),

---

(1) Je n'ai point observé si, comme l'assurent Mauriceau, Manningham et autres, les convulsions sont plus funestes à la mère quand l'enfant est putréfié ou monstrueux; mais je conçois qu'une éclampsie d'une longue durée et d'une intensité funeste à la mère, sera de bonne heure également funeste au fœtus et lui donnera le temps de s'altérer dans la matrice. Ici donc encore on aurait pris l'effet pour la cause. Je n'ai pas besoin de dire que cette réflexion ne s'applique point aux monstruosités.

(2) Mauriceau, obs. 36, 51, 331, 376, et *nouv. Obs.*, n° 112; Guillemeau, pag. 227; Delamotte, pag. 1105 et

soit que nous nous contentions des observations particulières qui suivent ce Mémoire, et ce fait nous prouvera également que quelques personnes ont eu tort de regarder la mort du fœtus comme cause des convulsions de la mère, puisqu'on les voit si souvent exister sans que le premier ait perdu la vie, et que l'on peut d'ailleurs expliquer si facilement les cas contraires en regardant cette mort comme effet et non cause de l'éclampsie de la mère.

§ VII. *Examen anatomique.* Les lésions que présente le cadavre des femmes qui ont succombé à cette maladie ne sont pas à beaucoup près en rapport d'intensité avec les symptômes qui ont précédé cet événement funeste. A part quelques cas fort rares où l'apoplexie sanguine s'est jointe à l'éclampsie, on ne trouve d'ordinaire qu'un épanchement de sérosité, souvent peu considérable et parfois même tout-à-fait nul (1), dans les ventricules du cerveau. La surface de ce viscère est ordinairement aussi mouillée du même liquide (2),

---

1115; AMAND, obs. 102; BARBAUT, tom. 1er, p. 225 et 226; LEB.-DUCOUDRAY, pag. 169; BOUTEILLOUX, pag. 12, etc. D'après quelques recherches, je suis autorisée à établir que l'on conserve à-peu-près la moitié ou même trois cinquièmes des enfans dont la mère est frappée d'éclampsie.

(1) A. C. BAUDELOCQUE, *Thèse inaugurale*, pag. 60.

(2) C'est ce que Willis et Bonet ont ordinairement trouvé après la plupart des affections convulsives. *Voyez* les mêmes

et ce liquide est fort souvent un peu trouble ; mais rarement la quantité s'en élève au-dessus de deux onces, du moins pour ce que les ventricules renferment. Quelquefois l'arachnoïde a paru un peu blanchâtre ; mais rarement a-t-elle offert quelques traces d'inflammation, quelques incrustations albumineuses ; et ceci n'avait lieu qu'après une maladie de long cours, et lorsqu'une fièvre cérébrale avait succédé à l'éclampsie. Du reste, rien de bien remarquable ne s'est rencontré, du moins assez constamment pour attirer notre attention, dans la consistance ou la couleur de la substance encéphalique, si ce n'est un engorgement sanguin assez considérable dans ses vaisseaux veineux et capillaires (1).

Je ne parle point des traces de phlegmasie péritonéale ou thoracique qui furent souvent trouvées chez des femmes dont la maladie avait changé de nature en se prolongeant ; ce n'est pas le lieu d'entrer sur ce sujet dans des détails circonstanciés : passons à un article plus important, celui du traitement préservatif et curatif.

§ VIII. *Traitement.* Les moyens préservatifs que l'on doit mettre en pratique dès que les sym-

---

résultats observés par Petit. (*Bibl. méd.*, t. XXIX, p. 168, 169, 172, 173), et les observations de M. Bouteilloux. (*Thèse inaugurale*, 1816, pag. 22.)

(1) Denman a également trouvé les vaisseaux encéphaliques gorgés de sang : le cœur était vide et flasque.

ptômes précurseurs annoncent l'invasion du mal, et ceux que l'on doit opposer à la maladie déjà déclarée, ne diffèrent entre eux que par la promptitude et l'énergie avec lesquelles ils doivent être appliqués. Je n'étourdirai point le lecteur par des distinctions futiles sur ce sujet (1).

Une distinction plus réelle peut être établie entre les moyens opposés aux causes indirectes (état torpide ou spasmodique) de l'éclampsie et ceux qu'on dirige contre ses causes directes ou prochaines (réaction, congestion sanguine). Discutons la valeur des médications qu'on peut ranger sous ces deux chefs principaux.

1°. *Médications agissant contre les causes indirectes.* — *A.* S'il est vrai, comme l'expérience semble le démontrer, que la distension de l'utérus occasione ou entretienne d'une manière quelconque les accidens dont je parle, il est tout naturel de diriger sur ce point l'attention du praticien, et chacun concevra aisément que la première chose à faire est d'ouvrir les membranes, d'opérer la version du fœtus ou son extraction au moyen du forceps, et enfin d'enlever le placenta dès que chacune de ces opérations sera praticable, en observant pour cela les règles que nous avons

(1) Puzos avertit judicieusement de surveiller attentivement les femmes qui se plaignent du mal de tête, et d'employer promptement la saignée : « Car, dit-il, il est plus facile de prévenir le mal que de le détruire. »

tracées dans les deux premiers volumes de cet ouvrage (1).

Je n'ai point à donner ici de préceptes particuliers relativement à chacune de ces opérations, si ce n'est de les terminer aussi promptement qu'on pourra le faire sans compromettre l'intégrité des parties de la mère et la vie de l'enfant. Par rapport au forceps, j'ai conseillé ailleurs de l'extraire lorsque la tête a franchi le détroit inférieur du bassin, lorsqu'elle n'est plus retenue que par les parties extérieures déjà ramollies et dilatées. Mon intention, en donnant ce conseil, était de préserver de rupture ces mêmes parties molles; mais cette considération doit disparaître devant celle, beaucoup plus importante, d'achever promptement la délivrance. Fort souvent, en effet, les accès redoublent quand la tête du fœtus distend les parties externes. Un accès plus violent que tous les autres se montre souvent lorsqu'elle franchit la vulve, et ce phénomène s'explique assez par la violence des douleurs que ressent alors la femme. Enfin, dans quelques cas, on a vu la tête prête à sortir de la vulve rétrograder pendant un accès de convulsions, sous l'influence de contractions musculaires irré-

---

(1) L'accouchement spontané, quand il s'est opéré rapidement, a souvent suppléé à toutes les méthodes de traitement, comme on en voit des exemples dans Mauriceau. (*Obs.* 51, etc.) Il en est de même de l'accouchement artificiel quand on peut y recourir à temps. (*Id.*, *obs.* 156.)

gulières dans les cuisses, le périnée, le releveur de l'anus et le constricteur du vagin. L'application de l'instrument est donc alors devenue une seconde fois nécessaire (1).

B. Si la pléthore séreuse peut être regardée comme cause efficiente de l'éclampsie, sans doute des scarifications nombreuses pourraient en préserver, ou atténuer les symptômes. Si l'on ne peut en espérer bien certainement un tel avantage, du moins on obtiendra constamment celui de soulager la femme, de désenfler les organes génitaux, et de rendre l'accouchement plus facile.

C. Quant aux stimulans connus sous le nom de *dérivatifs* ou d'*anti-spasmodiques*, on conçoit qu'ils peuvent diminuer, pour quelques instans, ce spasme, cette sorte de torpeur qui précède les accès; mais leur action ne détruit point la cause efficiente; elle est d'ailleurs trop faible et trop fugitive pour préserver efficacement de l'éclampsie toute femme qui y est disposée. L'opium même ne m'a pas paru avoir grand effet dans cette pé-

---

(1) Dois-je dire qu'il ne faut pas penser à l'accouchement artificiel quand l'orifice n'est point ouvert? On a proposé d'inciser en pareil cas le col de l'utérus; mais, aux raisons alléguées contre ce procédé par le docteur Bouteilloux (*Thèse*, pag. 31), j'ajouterai que l'agrandissement des plaies, inévitable pendant l'extraction du fœtus, propagerait les déchirures jusqu'au corps de l'organe, accident bien plus constamment mortel que l'éclampsie.

riode, et je crois qu'il serait dangereux (1) quand les accès sont déclarés et la réaction établie. Ce que j'en dis s'applique à tous les stimulans quels qu'ils soient, y compris ceux qu'on décore du nom de *dérivatifs*. Les vésicatoires, les sinapismes, etc., ont peut-être même quelquefois contribué à faire prendre à la maladie une tournure inflammatoire ou fébrile, et à la faire dégénérer en fièvre cérébrale ou en péritonite. Je n'ai jamais vu leur emploi devenir utile qu'autant qu'il était accompagné de l'application des moyens dont il sera question tout-à-l'heure, moyens qui réussissent fort bien aussi, et peut-être mieux encore, quand on les met seuls en avant. Les épispastiques peuvent cependant offrir quelqu'avantage lorsqu'un collapsus profond a succédé aux accès.

La digitale pourprée, le camphre, vantés par Hamilton (*Ann. litt. méd. étr.*, t. II, p. 190) et quelques autres médecins, ont des propriétés trop peu déterminées, trop vagues, trop contestées pour que j'aie cru devoir les employer seuls ou comme moyens principaux. Je me serais fait un trop juste scrupule de confier ainsi presqu'au hasard le salut de mes malades. L'infiltration (si c'est là ce qu'on attend de la digitale) diminuera bien plus promp-

---

(1) Telle est aussi l'opinion d'Hamilton : il ne blâme pas moins l'usage de l'émétique recommandé par Puzos, malgré la défense de Mauriceau.

tement après des scarifications qu'après l'emploi des diurétiques les plus actifs.

2°. *A*. Mais une médication dont les avantages sont confirmés par des milliers d'observations, et dont l'omission est presque constamment funeste (1), c'est la saignée, qui tend à dissiper la *cause directe et prochaine* de l'éclampsie, je veux dire la congestion et la surexcitation cérébrales. C'est par ce moyen que nos meilleurs praticiens sont parvenus à sauver la majeure partie de leurs malades (2).

Ici plusieurs questions s'élèvent : vaut-il mieux recourir à la saignée générale ou à la saignée locale? La saignée générale doit-elle être préférablement pratiquée au cou, au pli du bras ou aux malléoles (3)? La première question ne peut être résolue d'une manière tranchante et positive : il n'en est pas ainsi, selon moi, de la deuxième, et je le démontrerai plus bas. La violence des accidens, la constitution et le tempérament du sujet doivent déterminer le premier choix. Chez une femme débile, convalescente, pâle et lymphatique, attaquée d'une éclampsie dont les accès sont faibles, éloignés et séparés par des intervalles de liberté complète, les sangsues, appliquées au cou,

---

(1) *Voy.* MAURICEAU, *obs.* 21 et 36, et *nouv. Obs.*, n° 129.

(2) *Voyez* MAURICEAU, DELAMOTTE, DUCOUDRAY, p. 169; REISSER, *Bibl. méd.*, *l. c.*; BOUTEILLOUX, *Thèse citée*; A. C. BAUDELOCQUE, pag. 92, etc., etc.

(3) SENNERT, tom. II, pag. 163.

aux tempes et derrière les oreilles, suffiront souvent pour remédier aux accidens (1) : cependant il ne faut pas trop réduire la quantité de l'évacuation sanguine, et l'on doit s'effrayer plutôt des suites possibles de l'éclampsie que de celles de la faiblesse. Mais chez une femme pléthorique, robuste, dont la face gonflée, rouge, le cou court, annoncent une disposition apoplectique; chez celle dont les convulsions sont violentes, le coma profond et continuel, il ne faut point hésiter à pratiquer une large saignée générale, et à la réitérer, s'il le faut, trois et quatre fois dans un jour, à joindre même à son emploi celui des sangsues appliquées aux endroits que j'indiquais il n'y a qu'un instant (1). Il ne faut pas même s'en laisser imposer par la leucophlegmatie qui souvent existe chez une femme forte, quoique lymphatique; ni par la petitesse apparente du pouls, quand il est dur et fréquent, comme je l'ai vu quelquefois; la saignée est moins impérieusement requise sans doute que chez

---

(1) *Voy.* l'observation citée de M. Broussais. Les sangsues appliquées à l'épigastre ont quelquefois enlevé la gastrodynie présumée convulsive lorsqu'elle a paru comme symptôme précurseur et peut-être comme seul symptôme. *Voy.* A. C. Baudelocque, ouvr. cité, pag. 52.)

(2) Nos anciens maîtres ne craignaient pas de réitérer les saignées à un point que je ne voudrais pas imiter. Mauriceau a fait faire six saignées du bras et deux du pied. Puzos a prescrit quatorze saignées du bras et sept du pied à une femme enceinte, et Delamotte s'est vu forcé, en cinq

une femme sanguine, mais elle n'en est pas moins réellement l'ancre du salut, et l'on doit passer par-dessus la crainte chimérique d'accroître l'infiltration: cette incommodité diminuera naturellement après l'accouchement. La saignée, quand elle est jugée nécessaire, doit toujours être pratiquée le plus tôt possible, dans l'accès même si l'on arrive alors: le sang, pendant l'accès, ne circule pas moins que dans l'état de repos, et l'expérience prouve que l'on ne doit pas craindre (même dans l'épilepsie) de trouver alors le sang coagulé dans les veines, comme quelques écrivains en ont raconté des exemples.

Le plus sûr également, dans toute circonstance, est, selon moi, d'ouvrir l'une des veines du bras: là on trouve ordinairement des veines volumineuses, superficielles, et dont une ample ouverture désemplit en peu de temps tout le système sanguin. Je ne verrais aucun inconvénient à ouvrir la jugulaire, et j'y trouverais même l'avantage de dégorger plus immédiatement les vaisseaux du cerveau (1) si cette veine fournissait le sang avec autant d'abondance et de rapidité, si l'on pouvait aisément apprécier la quantité qui en sort, si la

---

mois de temps, de faire pratiquer quatre-vingt-six ou quatre-vingt-sept saignées pour prévenir des convulsions imminentes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'avortement n'a eu lieu dans aucun de ces deux derniers faits, qu'on peut joindre à d'autres déjà cités dans le Mémoire précédent.

(1) Puzos, Denman, Baudelocque.

laxité et la mobilité de la peau du cou n'exposaient point à voir l'ouverture se fermer prématurément, si enfin la tête de la malade n'était pas, dans les accès, plus difficile à contenir que l'avant-bras. Il ne faudrait point se laisser effrayer par le vieux préjugé de la doctrine des révulsions. Je l'ai déjà dit, l'effet principal d'une saignée est de vider les vaisseaux (1) : sans doute le sang coule vers l'ouverture; mais il ne distend point le vaisseau ouvert, il n'y afflue qu'avec une vivacité égale à celle de son éruption au dehors, et l'ouverture fermée une fois, il n'y a plus ni afflux ni congestion particulière. Ces préjugés avaient fait recommander la saignée du pied comme devant attirer loin du lieu malade la majeure partie de la masse du sang; mais, outre que la saphène fournit souvent peu de sang (2), il est certain que la jambe et la cuisse sont les parties qu'elle dégorge principalement; le sang n'y afflue point après

---

(1) C'est sous ce rapport que Mauriceau (t. 1er, p. 339) préfère la saignée du bras à celle du pied. Le même motif a engagé Delamotte à rejeter la futile crainte d'une révulsion fâcheuse dans les accidens qui suivent les couches et sont accompagnés ou non de la suppression des lochies.

(2) Si la reine Marie-Antoinette a dû son rétablissement à une seule saignée du pied, c'est qu'elle n'avait eu qu'un seul accès d'éclampsie, et que cet accès avait succédé à l'accouchement. Sans ces circonstances favorables, une telle saignée eût été sans doute insuffisante. Remarquez que, chez les femmes infiltrées, les veines saphènes

cette saignée, aucun engorgement, aucun gonflement ne s'y remarquent, et la circulation n'y est en aucune manière activée. Le professeur Chaussier a presque constamment remarqué, dans la maladie qui nous occupe, que les artères crurales conservent dans leurs battemens le rhythme habituel, tandis que les carotides battent avec bien plus de fréquence et de vivacité; celles-ci, voisines du siége de la surexcitation, partagent l'augmentation d'activité de l'encéphale, et y accroissent la congestion : c'est donc là le point qu'il faudrait dégorger le plus tôt possible : une saignée du pied devient en pareil cas inutile et même nuisible; inutile parce que, si elle n'est pas très-copieuse, les effets en sont bornés aux membres inférieurs; nuisible, parce qu'elle fait perdre du temps, et que ses mauvais succès font mal à propos désespérer des ressources de l'art.

B. Un autre moyen qui, entre nos mains, a semblé plusieurs fois seconder utilement la saignée, c'est l'application du froid sur la tête (1). Dès que les accès sont déclarés, le froid peut diminuer la réaction et la surexcitation cérébrale qui les constitue. Denman assure avoir prévenu

---

sont beaucoup plus difficiles à ouvrir que celles du bras, qui généralement est moins infiltré. La grande épaisseur des parties molles qui recouvrent alors les veines saphènes rend fort difficile le trajet du sang au dehors, lors même qu'elles ont été largement ouvertes.

(1) *Voyez* A. C. Baudelocque, pag. 94.

tous les accès imminens d'une éclampsie puerpérale en jetant de l'eau froide au visage de la malade; il prévenait ainsi la réaction; mais le cas sans doute était fort peu grave. L'application du froid doit être plus utile encore quand aux accès de l'éclampsie succède un coma fébrile, ou bien un délire qui annonce le développement d'une fièvre ou d'une phlegmasie cérébrale. La glace, ainsi appliquée, nous a paru contribuer à la guérison de plusieurs malades; plusieurs fois aussi elle a échoué complètement quoiqu'unie à tous les autres moyens anti-phlogistiques. Je ne parle point des douches d'eau froide sur l'abdomen, mises en pratique par Sigaud : ce procédé extraordinaire a pu réussir quelquefois; mais il me serait impossible d'expliquer ses succès autrement que par l'effet du refroidissement; il est donc bien plus simple d'appliquer le froid sur la tête, qui est le lieu le plus fortement affecté.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au septième Mémoire.

N° Ier.

Apoplexie sanguine avant l'accouchement; opération césarienne sur le cadavre.

Une femme nommée Sim...., âgée de vingt-deux à vingt-cinq ans, enceinte pour la deuxième fois, et en travail depuis quatre heures environ, fut prise, dans la nuit du 5 au 6 juillet 1820, de céphalalgie, de vertiges et autres symptômes de congestion cérébrale. Une saignée du bras de trois palettes et douze sangsues appliquées au cou avaient procuré un soulagement notable : cependant, vers cinq heures du matin, cette femme perdit tout-à-coup connaissance, et expira en quelques secondes, offrant une pâleur universelle qui faisait ressortir une teinte violacée très-prononcée à la face. La dilatation de l'orifice utérin était complète et les membranes entières; la tête, fort élevée encore, offrait le vertex dans la deuxième position : on aurait donc pu pratiquer la version du fœtus; mais il eût couru trop de dangers, et

l'on se hâta de le sauver, s'il était possible, en ouvrant l'abdomen et l'utérus. Cette opération fut faite (1) avec les mêmes précautions que sur le vivant, après s'être assuré, par une incision préliminaire à la cuisse, que l'individu ne conservait plus aucune sensibilité, et que la circulation était complètement arrêtée, même dans les capillaires. Le dos de l'enfant était en contact avec la paroi antérieure de l'utérus, et il fallut conduire le bistouri sur l'index pour ne point blesser le fœtus en achevant l'incision. A mesure que les parois étaient incisées on voyait les bords de la plaie s'écarter et se renverser, ce qui prouvait que la contractilité n'était pas encore tout-à-fait annulée dans la matrice. Nous fîmes immédiatement, par cette ouverture, l'extraction d'un gros garçon, dont le cordon ombilical offrait quelques pulsations et fit jaillir le sang aussitôt après sa section. On permit un écoulement modéré de ce liquide, et l'on s'occupa ensuite d'insuffler de l'air dans les poumons à l'aide du tube laryngien du professeur Chaussier. La respiration ne fut bien établie qu'après une demi-heure de soins; la circulation avait pris beaucoup plus tôt un cours régulier.

Dans la journée, cet enfant fut pris de convulsions : quatre sangsues aux tempes et quelques lavemens rendirent son état plus satisfaisant;

---

(1) Ce fut moi qui opérai. (*Note de l'Éditeur.*)

bientôt cependant la mâchoire recommença à éprouver un mouvement continuel, quelquefois une sorte de tremblement, et quelquefois encore un véritable trismus ; les poignets se renversaient parfois en dehors. Cet état a peu varié. L'enfant tétait assez bien : cependant les accidens ont redoublé, et l'ont enlevé le quatrième jour.

Examen anatomique de la mère.

Un caillot de sang noir remplit tout le ventricule droit du cerveau, se continue, sous le trigône, jusque dans le ventricule moyen, le ventricule gauche, l'aqueduc de Sylvius et le ventricule du cervelet ; en outre, il pénètre dans le corps strié droit, ou plutôt semble sortir d'une déchirure de cette éminence. Le ventricule gauche contient de plus une ou deux onces de sérosité ; l'arachnoïde est sèche, la pie-mère ecchymosée, et tous les vaisseaux des méninges gorgés de sang. L'estomac offre une teinte rosée et ponctuée à son intérieur. L'utérus est ouvert en avant et en bas ; le placenta y adhère encore en avant et en haut ; l'épichorion adhère aussi, par un tissu filamenteux, à l'intérieur de l'organe ; au-dessous, on voit distinctement les fibres charnues disposées en cercles concentriques aux orifices des trompes, et séparés par deux colonnes longitudinales, l'une antérieure et l'autre postérieure. Vers le col de l'utérus, les fibres sont transversales. Vers l'ori-

fice est un assez grand nombre de grains miliaires remplis de mucus épais (gl. de Naboth). Les ovaires sont fort gros, vésiculeux, mous; le *corpus luteum* occupe celui du côté droit; il est gros et fort coloré, voisin de la trompe, et couvert d'une cicatrice très-apparente dans le lieu le plus rapproché de la surface de l'ovaire, dont la substance l'enveloppe, du reste, de toute part.

De plus amples informations nous ont appris que cette femme souffrait, depuis plusieurs jours, d'une violente céphalalgie qu'avaient enlevée quelques sangsues placées derrière les oreilles. Quelques élèves ont assuré qu'elle avait eu *un accès de convulsions* avant la saignée, et quelques autres plus légers après cette opération. Le fait, s'il eût été bien constaté, prouverait incontestablement l'analogie de l'éclampsie et de l'apoplexie, du moins dans certains cas: c'est dans cette vue que j'ai donné cette observation. Les détails anatomiques qui la suivent sont bons à noter pour d'autres raisons, et je n'ai pas cru devoir les supprimer.

Quant à l'enfant, je ferai remarquer l'état d'asphyxie dans lequel on l'a trouvé, et les convulsions qui l'ont emporté. J'ai vu périr de la même manière plusieurs enfans que nous étions parvenus à ranimer, après les avoir ainsi enlevés du sein de leur mère récemment éteinte. En général, *tout ce qui suspend la circulation utéro-placentale détermine l'asphyxie et la pléthore du fœtus.* Ce

serait à tort que l'on voudrait établir quelque rapprochement entre les genres de mort de la mère et de l'enfant. Il n'y a, dans cette analogie, aucun effet de sympathie ou de transmission, etc.

N° II.

Pléthore et apoplexie séreuse ; mort avant l'accouchement.

Une femme robuste, âgée de vingt-deux ans, et primipare, était parvenue, sans incommodité remarquable, au septième mois de sa grossesse.

A cette époque, survint une vive douleur au côté gauche du cou et de la tête, qui, diminuée d'abord par l'application de six sangsues, s'atténua davantage sous l'emploi des vésicatoires placés derrière les oreilles. Cette douleur persistait néanmoins encore quand il s'en déclara une autre dans la profondeur du thorax ; une oppression notable s'y joignit, et bientôt parut un crachement de sang assez copieux. En même temps le pouls était fébrile et dur, la peau brûlante et aride, la face altérée, et la pupille gauche plus dilatée que la droite. Les membres commencèrent à s'infiltrer. (Anasarque active.)

Les symptômes s'accrurent pendant plusieurs jours, et les nuits offrirent des redoublemens qui causaient beaucoup d'anxiété. Une toux fréquente s'ajouta aux autres phénomènes morbides. L'urine était plus abondante, les déjections libres. Après

dix jours de souffrances, la malade se sentit tout-à-coup saisie d'une oppression plus forte ; la face prit une teinte violacée qui dura près d'une demi-heure ; un vésicatoire appliqué sur le sternum sembla rétablir l'équilibre ; mais vers minuit, la malade expira *tout-à-coup*, sans avoir accusé d'autre malaise qu'une légère envie de vomir.

Examen du cadavre.

Plusieurs onces de sérosité jaunâtre étaient épanchées dans les ventricules cérébraux (environ ℥ iij).

Le thorax rendait un son mat à la percussion. Les poumons étaient sains; mais la plèvre droite renfermait à-peu-près une livre et demie de sérosité jaunâtre; la gauche en contenait quelques onces. Deux onces et demie du même liquide entouraient le cœur.

L'utérus, dont le fond dépassait l'ombilic de près de deux pouces, était un peu incliné à droite, et entouré des circonvolutions de l'intestin grêle, le jéjunum à gauche et l'iléon à droite ; le cordon suspubien droit était plus gros et plus court que le gauche.

Le col de l'utérus était presqu'effacé : cependant le fœtus n'avait guère que quatorze pouces de long. Le placenta était greffé à la paroi postérieure de la matrice, au voisinage du fond. Là, cet organe offrait un peu plus d'épaisseur : par-

tout ailleurs il avait trois à quatre lignes; le col était un peu plus mince.

On voit ici une sorte de fièvre séreuse ou d'hydropisie universelle et éminemment active. La mort n'a pas été précédée de convulsions ; mais elle a été due évidemment à la compression du cerveau , et nous aurons plus d'une occasion par la suite de voir des sujets, placés dans les mêmes circonstances que cette femme, être frappés d'éclampsie. L'analogie nous autorise donc à rapprocher cette dernière affection de l'apoplexie séreuse. On aurait dû saigner cette femme: une hydropisie active ne contre-indique nullement la saignée. L'observation suivante nous offre une éclampsie due à une pléthore séreuse qui inspira des craintes frivoles relativement à l'emploi des émissions sanguines. La malade eût été indubitablement victime de cette conduite timorée , si la terminaison de l'accouchement n'avait mis un terme aux accidens, en en dissipant la cause déterminante, et si une hémorrhagie n'avait naturellement suppléé aux omissions de l'art.

N° III.

Anasarque ; convulsions avant le travail (jumeaux); version; hémorrhagie utérine suivie de fièvre ; guérison.

Elisabeth Orb....., arrivée au terme de sa première grossesse, commença à se plaindre de céphalalgie et d'étourdissemens très-violens, et peu après de quelques douleurs dans l'abdomen. Depuis un mois environ, cette femme était affectée d'une œdématie universelle qui l'empêchait, non-seulement de sortir du lit, mais même d'exécuter des mouvemens quelque peu étendus. Cet état d'hydropisie effraya les personnes chargées du soin de cette malade; on n'osa la saigner, et l'on s'en tint à l'usage d'une potion anti-spasmodique. Ainsi qu'on aurait dû s'y attendre, cette potion ne procura aucun soulagement, et vers six heures du soir, la femme fut atteinte d'un violent accès d'éclampsie épileptiforme.

On la toucha sur-le-champ, et l'on trouva l'orifice aminci, mais peu ouvert; le fœtus présentait le vertex dans une position favorable, et les membranes bombaient par momens. Après quelques minutes, la connaissance revint à la malade; mais un second accès se montra au moment d'une vive contraction de l'utérus.

Je me hâtai, en conséquence, d'introduire la main dans l'utérus, et repoussant la tête de l'en-

fant, je rompis les membranes, et saisis les pieds que j'amenai promptement et facilement à l'extérieur. Le fœtus fut à peine extrait, qu'une seconde poche membraneuse se présenta à l'orifice, contenant les membres d'un deuxième enfant : je la rompis ; je reconnus que les pieds s'avançaient, et je les attirai au dehors avec la plus grande facilité. Ces deux enfans n'avaient qu'un seul placenta, qui sortit spontanément ; tous deux vivaient, et furent allaités par leur mère ; mais ils succombèrent à des accès de convulsions plusieurs jours après leur naissance.

Malgré la promptitude de ces manœuvres, la mère était restée dans un état soporeux qui dura près de deux heures : cet état favorisa peut-être l'inertie de la matrice : je m'aperçus effectivement que le pouls faiblissait, et que l'abdomen était tuméfié : aussitôt je portai la main dans l'utérus ; j'en fis sortir des caillots volumineux, et j'en déterminai le resserrement.

Un état fébrile, qui dura cinq à six jours et se termina par une abondante sécrétion laiteuse, fut la seule incommodité qui suivit ces symptômes alarmans.

On ne peut douter que l'anasarque n'ait été la cause *prédisposante* des convulsions ; mais, en pareil cas, l'anasarque tient à la pléthore, et la saignée ne peut que la diminuer. L'état de l'utérus étant la cause *déterminante* des accès, il est certain

que l'accouchement est le meilleur de tous les moyens curatifs ; mais on ne peut nier non plus que la saignée ne soit le plus sûr de tous les palliatifs ou des prophylactiques. Je pense qu'une bonne saignée aurait prévenu les accès.

Je ne sais pas trop quelle conclusion on peut tirer de la coïncidence de l'éclampsie chez la mère et chez les deux enfans. Cette affection, très-fréquente chez les nouveau-nés, est due, comme je l'ai déjà dit plus haut, à toute cause qui peut déranger la circulation placentale, et produire une sorte d'asphyxie et de pléthore veineuse chez le fœtus. Nous avons vu que l'hémorrhagie utérine par décollement du placenta produit souvent cet effet.

N° IV.

Anasarque ; éclampsie pendant la grossesse ; guérison.

Madame de N., âgée de vingt-cinq ans, naturellement grasse et lymphatique, était arrivée au commencement du neuvième mois de sa première grossesse, et à son embonpoint ordinaire se joignait une bouffissure universelle, et même une anasarque considérable des membres inférieurs : à cette époque survint une céphalalgie vive et continuelle, accompagnée d'éblouissemens, de vertiges, etc. Je redoutais l'éclampsie avec d'autant plus de raison que, peu de temps auparavant,

une dame à laquelle je donnais des soins avait été victime de cette maladie, et de la légèreté de son médecin, qui, traitant d'abord cette affection *d'attaques de nerfs*, s'était borné à pratiquer quelques scarifications, et à appliquer quelques ventouses. Peu s'en fallut qu'il n'en fût ici de même : la saignée que je prescrivis fut faite, mais avec une parcimonie que le médecin du logis crut être autorisée par la présence de l'anasarque.

La malade, d'abord soulagée, ne tarda pas à se plaindre des mêmes incommodités ; par moment même les idées se brouillaient, et la mémoire était obscurcie. Ces indices alarmans n'émurent point e médecin, et il ne fut convaincu du danger de cet état qu'après l'apparition d'un violent accès d'éclampsie. Alors la saignée est réitérée, et vingt sangsues sont appliquées au cou. Cependant les accès se répètent à-peu-près de quatre en quatre heures : les premiers, dans leurs intervalles, font place à un rétablissement complet; les derniers sont suivis, pendant une demi-heure chaque fois, d'un état comateux, et le reste de l'intermission est occupé par une céphalalgie assez forte. (*Vésicatoires aux jambes.*) Peu à peu les accès diminuent, et une deuxième application de sangsues fait disparaître la douleur de tête.

Cet état alarmant a duré trente heures ; rien, pendant ce temps, n'a annoncé le développement du travail, et ce n'est que quinze jours plus tard que l'accouchement s'est opéré : l'enfant est sorti

spontanément, les fesses les premières, après un travail de quinze heures : il était putréfié. A dater de la maladie que je viens de décrire, cette dame avait cessé de ressentir les mouvemens du fœtus : au contraire, elle sentait une masse inerte se précipiter vers le lieu le plus déclive du ventre chaque fois qu'elle changeait de position.

Le placenta n'avait guère que cinq pouces et demi de diamètre (1); mais son épaisseur était de trois pouces. Son tissu était ferme, d'un blanc jaunâtre, et comme squirrheux du côté utérin, encore un peu filamenteux du côté fœtal; quelques déchirures étaient remplies de gros caillots; ces déchirures séparaient les cotylédons, qui semblaient isolément engorgés.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir ici l'utilité de la saignée, et l'avantage qu'on aurait obtenu en la pratiquant de meilleure heure, en dépit des craintes chimériques qui ont empêché d'y recourir.

Cette observation prouve, d'une manière évidente, que le *travail* puerpéral n'est pas la seule cause déterminante de l'éclampsie, et ferait penser que souvent, au contraire, un travail prématuré est l'effet de cette maladie quand elle survient pendant la grossesse.

---

(1) Je décris ce placenta tel que je l'ai vu moi-même : madame Lachapelle l'apporta à l'hospice.

(*Note de l'Éditeur.*)

La mort du fœtus me paraît devoir être attribuée, non à l'éclampsie de la mère, mais à la dégénération du placenta, qui l'a rendu incapable de remplir ses fonctions, ainsi que semblent le prouver les caillots contenus dans ses fissures. Nous avons ailleurs (*Avortement*) cité un grand nombre de faits semblables. Je ne sais quel rapport de causalité il a pu exister entre l'anasarque et cette dégénération du placenta.

N° V.

Anasarque; ascite; éclampsie avant le travail; accouchement spontané (1); *guérison.*

Madame C., âgée de vingt-six ans, d'une santé actuellement bonne, mais sujette à de vives douleurs à chaque époque menstruelle, devint enceinte quatre mois après son mariage. Des accidens nerveux (hystérie, dyspepsie, etc.) assez graves signalèrent les commencemens de cette grossesse; ils furent combattus par les anti-spasmodiques. Une gastrite survint ensuite, et céda aux sangsues; puis un état bilieux fut dissipé par un vomitif.

Dans le sixième mois, les pieds commencèrent à s'infiltrer, et la malade, astreinte à des occupations fatigantes, vit bientôt l'enflure gagner les jambes, les cuisses et les parois de l'abdomen : en outre, une fluctuation manifeste indiquait la pré-

(1) Observation de l'Éditeur.

sence d'une grande quantité d'eau dans la cavité du péritoine. L'utérus, incliné à gauche, ne pouvait être senti qu'en déprimant les parois abdominales. Malgré cet état d'infiltration, des symptômes de pléthore nécessitèrent une petite saignée.

Vers la fin du huitième mois, l'anasarque devint telle que la malade fut forcée de garder le lit. Le pouls était faible, petit, fréquent, difficile à trouver. Il se manifesta des vertiges et des douleurs de tête qui, bien que passagères, inquiétèrent beaucoup la jeune dame. Dix sangsues sont prescrites conditionnellement, et la poudre de *digitale* administrée à la dose de 5 grains par jour. Les vertiges augmentent : le 4 avril 1824 au soir, il s'y joint des éblouissemens ; on voit des bluettes, des étincelles, des soleils. Les sangsues sont achetées, et l'on se prépare à les mettre derrière les oreilles ; mais, par une fatale inadvertance, une soupe vient d'être prise, et l'application des sangsues est différée.

Dans la nuit (5 avril, vers quatre heures et demie du matin), le mari sent son épouse s'agiter ; il l'examine et la trouve sans connaissance. On m'avertit, et j'arrive pour être témoin d'un deuxième accès d'éclampsie bien caractérisé. Les yeux, d'abord ouverts et fixes, sont ensuite agités de secousses latérales de plus en plus fortes ; les pupilles sont fortement dilatées, puis la tête se renverse en arrière et du côté droit ; la bouche est en même temps tirée à droite, la face tournée

vers le côté gauche : alors les membres se fléchissent avec roideur, puis se maintiennent en demi-flexion au milieu de secousses violentes dans lesquelles les extenseurs et les fléchisseurs se contractent simultanément ; la face est également agitée de pareilles secousses, qui tirent latéralement les commissures des lèvres : d'abord fort rouge, elle pâlit et devient livide ; la langue fait effort pour sortir de la bouche ; mais je la maintiens avec les doigts pour empêcher qu'elle ne soit meurtrie par les dents, comme elle l'a été au premier accès. Après deux minutes, les secousses s'éloignent ; une écume sanglante sort de la bouche ; la respiration, *suspendue pendant tout l'accès*, recommence à s'exécuter par quelques sanglots ; bientôt elle se régularise ; mais l'expiration est très-bruyante, ronflante, et chasse l'écume amassée dans la bouche ; l'inspiration, au contraire, est facile. Cet état dure environ un quart d'heure.

Je me hâtai de pratiquer une saignée du bras, et je tirai douze onces de sang, puis dix-huit sangsues furent appliquées au cou. Le pouls était difficile à sentir comme dans les jours précédens, mais il offrait plus de fréquence.

Après la saignée, la malade reprend ses sens, s'étonne de son état, puis se plaint de vertiges, et annonce avec effroi qu'elle va perdre connaissance. Un troisième accès a lieu ; il est suivi d'abord de coma, puis d'un délire violent, dont l'effroi forme le caractère.

Dans la matinée survinrent encore cinq autres accès à-peu-près semblables à celui que j'ai décrit, avec cette différence que parfois la bouche fut tirée à gauche, qu'au *stertor* se mêlèrent par momens des gémissemens sourds, et qu'une demi-connaissance, mêlée de stupeur et d'indifférence ou seulement de céphalalgie, remplaça le coma dans les plus longs intervalles. Entre le 3e et le 4e, entre le 4e et le 5e, et entre le 5e et le 6e, cet intervalle fut d'une demi-heure ; le 6e et le 7e furent presque continus ; mais, du 7e au 8e, une heure un quart se passa sans accidens ; un 9e accès fut séparé de ce dernier par un espace de quatre heures.

Pendant tout ce temps, nous n'étions pas restés inactifs : des *vésicatoires* avaient été appliqués aux jambes, et des *frictions* faites sur la tête avec un mélange d'*eau de Cologne* et de *laudanum ;* une *potion* avec l'*éther* et les *sirops diacode* et de *pivoine* avait été administrée ; quelques cuillerées d'*infusum de tilleul* étaient aussi présentées de temps à autre.

Le soir, et six heures après le 9e accès, s'en montrent coup sur coup un 10e et un 11e. Coma. Le travail est presque nul, quoique l'utérus durcisse par momens ; les deux orifices sont ouverts ; mais le col a cinq à six lignes de longueur ; on ne sent point les mouvemens *actifs* du fœtus, même lorsqu'on le soulève avec le doigt porté dans le vagin. Le rapprochement des deux derniers ac-

cès m'effraya, et je me hâtai de *rompre les membranes* dans un moment où une contraction de l'utérus les tendait sur son orifice interne. Cela fait, j'appliquai des *sinapismes* aux pieds. Des scarifications faites le matin s'étaient desséchées sans désenfler les jambes; mais les vésicatoires avaient pris; la phlyctène fut ouverte.

Le coma se prolongea; mais ce ne fut qu'après huit heures d'intervalle qu'eut lieu le 12e et dernier accès (5 avril, trois heures du matin). Le coma dura pendant cinq à six heures après cet accès, et les douleurs utérines étaient jusque là encore plus faibles que la veille. Mais en même temps que revint la demi-connaissance, parurent aussi des contractions utérines avec tremblement général et rougeur de la face. Ces douleurs augmentèrent graduellement jusqu'à trois heures du soir, époque de l'accouchement, qui fut dû aux seuls efforts de la nature. La tête s'était présentée dans la deuxième position du vertex. L'enfant était du sexe féminin et du poids de quatre à cinq livres; il était mort, et le cordon flétri contenait du sang coagulé; l'épiderme se détachait au thorax; le placenta était livide et d'une odeur forte et désagréable. Des assistans ont remarqué que cette odeur était la même que celle qu'exhalait l'écume de la bouche dans les accès d'éclampsie.

Pendant les progrès du travail, la malade avait repris assez de connaissance pour s'agiter, se plaindre, et même reconnaître *momentanément* quel-

ques personnes; mais ce ne fut que le 7 avril matin, après avoir dormi toute la nuit, qu'elle recouvra toutes ses facultés, non sans étonnement de se voir délivrée, et ne conservant que quelques souvenirs très-confus de ce qui s'était passé, et même des événemens qui avaient précédé de quelques jours les accidens dont on vient de lire l'histoire.

Des tranchées furent combattues par un cataplasme, et dissipées après l'expulsion d'un caillot; des éblouissemens incommodes me parurent nécessiter encore l'application de dix sangsues derrière les oreilles, et même une saignée d'une demi-palette. La sécrétion du lait eut lieu du 10 au 11.

Ce jour-là, deux potages sont pris au lieu d'un qui avait été accordé : quoique très-légers, ils suffisent pour causer, dans la nuit, des coliques atroces avec suppression des lochies et sensibilité du ventre. (*Demi-lavement avec laudanum, 8 gouttes; potion avec éther et sirop diacode.*) Bientôt les coliques cessent.

Le 12, fièvre, borborygmes (*mixture avec huile de ricin et sirop de limons*, āā ℥ j ℞); évacuations abondantes : dès-lors mieux-être et rétablissement graduel.

La suppuration des vésicatoires et des sinapismes (qui ont causé la vésication), et un flux d'urine copieux et favorisé par des boissons convenables, ont rapidement chassé la sérosité épanchée dans l'abdomen ou infiltrée dans les mem-

bres inférieurs; de sorte que, malgré la pâleur et la faiblesse qui devaient nécessairement suivre des saignées aussi abondantes et une diète dont on ne s'est relâché que par degrés, cette dame put se lever pour la première fois le 17 avril, et sortir quelques jours après. Les ulcérations causées par les sinapismes, aux endroits où les scarifications avaient été faites, ont seules persisté pendant un temps assez long.

Cette heureuse terminaison m'a causé une satisfaction d'autant plus vive qu'elle était moins attendue, et que les liens de l'amitié m'unissaient à la malade. Le professeur Dubois, que j'appelai le premier jour pour étayer et mettre à couvert ma jeune réputation, avait porté un pronostic peu favorable, tout en approuvant la conduite que j'avais tenue et celle que je me proposais de tenir encore. J'ai donné des détails étendus dans cette observation; ils sont destinés à suppléer à ce qui peut manquer dans la description générale, et n'ont pas besoin de commentaire. Voici seulement quelques réflexions qui peut-être échapperaient au lecteur.

1°. La digitale, qui a été proposée en pareil cas par les Anglais, ne paraît pas très-efficace, puisque c'est pendant son emploi qu'ont paru les vertiges, et qu'il a fallu l'abandonner dans la crainte qu'elle n'en fût la cause.

2°. La langue est fort exposée à être mordue

dans les accès. On conseille généralement, pour éviter cet accident, de placer entre les dents un corps dur, comme le manche d'une cuiller, etc. : c'est un moyen presqu'infaillible de casser ou de luxer les dents incisives; et c'est sans doute à cette pratique déraisonnable qu'il faut attribuer la perte de plusieurs dents qu'ont essuyée quelques femmes après des accès d'éclampsie. Un morceau de liége n'aurait pas cet inconvénient; mais il pourrait échapper aux doigts, tomber dans la gorge et suffoquer la patiente : il est bien plus simple de repousser la langue dans la bouche avec les doigts mêmes; ce procédé est des plus faciles, et je l'ai appris aux assistans, qui s'en sont aisément acquités dès qu'ils ont pu vaincre la crainte mal fondée d'être mordus pendant cette opération : il faudrait, pour que ce dernier événement arrivât, le comble de la maladresse.

3°. La rupture des membranes pourra sembler hasardée à quelques personnes. Je sais que cette pratique est une de celles qui demandent le plus de discernement et d'expérience, et cette persuasion n'a fait qu'affermir ma sécurité. Si la distension de l'utérus est cause des convulsions, il est évident qu'en faisant sortir l'eau qu'il contient on diminue la tension; et en effet, on vient de voir que cet écoulement a semblé avoir arrêté et presque dissipé l'éclampsie, dont la marche devenait alarmante. En deuxième lieu, le travail ne marchait pas, et c'est encore une manière d'ex-

citer les douleurs que de vider en partie l'utérus, quand on soupçonne que l'inertie dépend de la distension de ses fibres. Je sais bien que cette rupture prématurée expose, 1°. à faire périr l'enfant par une trop longue compression; 2°. à ralentir les dernières périodes du travail en privant les passages d'une humidité favorable. Mais, 1°. j'avais la presque certitude de la mort de l'enfant; d'abord parce que rarement il survit à l'état d'éclampsie prolongé, et ensuite parce que je n'avais pu exciter ses mouvemens, même en le soulevant, en l'agitant; 2°. je ne craignais que la lenteur des *premières* périodes du travail, étant décidé à appliquer le forceps dès que l'orifice serait suffisamment, non dilaté, mais dilatable, à moins que la nature ne se prononçât vivement, comme effectivement elle l'a fait.

4°. J'ai noté la suspension de la respiration pendant l'accès. Ce phénomène n'a point, que je sache, été jusqu'ici remarqué : j'ai été frappé, en l'observant, de cette idée, que peut-être beaucoup d'épileptiques, dont la mort est attribuée à un coup d'apoplexie, succombent réellement à une asphyxie par défaut de respiration dans un accès trop prolongé.

5°. On remarquera enfin le tableau des accidens survenus le 11 avril : coliques avec sensibilité du ventre et suppression des lochies. C'en est assez, aux yeux de bien des praticiens, pour caractériser une inflammation du péritoine ou de la matrice;

mais l'absence de la fièvre, mais la pâleur et le froid de la peau, la mobilité des douleurs, leur siége, leur nature même, et enfin les circonstances antécédentes, voilà les signes qui m'ont dévoilé l'existence d'une indigestion et de véritables coliques spasmodiques. C'est ce caractère spasmodique qui m'a empêché de recourir aux anti-phlegistiques, et qui m'a permis d'annoncer et d'effectuer un prompt soulagement. La sensibilité du ventre n'est pas un signe certain d'inflammation; elle accompagne souvent les coliques venteuses ou spasmodiques; et, quant à la suppression des lochies, c'est un symptôme qui se montre plus souvent avec un état lipothymique ou spasmodique (frisson fébrile) qu'avec un état inflammatoire. La suppression des lochies, pendant le frisson fébrile, a fait prendre le change à beaucoup d'auteurs : la chaleur fébrile qui accompagne le développement d'une inflammation du péritoine rétablit et accroît souvent les lochies que le frisson avait arrêtées.

N° VI.

Éclampsie ou épilepsie pendant et après le travail; guérison.

Ét.... Des...., brunisseuse, âgée de vingt-un ans, forte, sanguine et bien réglée, était grosse de son premier enfant. Cette femme était habituellement sujette à des accès d'épilepsie qui reparaissaient

tous les quinze jours, et qui, pendant la grossesse, nécessitèrent trois saignées et l'application de quelques sangsues aux bras.

L'accouchement s'opéra naturellement au terme de neuf mois, le 11 décembre 1813 au matin, après un travail de vingt-trois heures : l'enfant vivait. Plusieurs accès d'éclampsie épileptiforme eurent lieu pendant le travail : on ouvrit la veine du bras, et l'on appliqua bon nombre de sangsues à la vulve et au cou. Moyennant ces précautions, les accès devinrent moins violens, et la connaissance reparaissait complètement à leur suite : cependant ces accès continuèrent à se répéter pendant le reste du jour et la nuit suivante. Des vésicatoires furent, sans succès, appliqués aux jambes.

Vers le matin du deuxième jour, les accès cessèrent pour ne plus reparaître, du moins pendant les neuf jours que cette femme passa encore à l'hospice. Une fièvre continue, assez légère, et qui n'entrava point la marche de la sécrétion du lait, fut le seul accident qui suivit l'accouchement

En eût-il été de même si l'on eût négligé la saignée ? Cette observation est une des plus concluantes qu'on puisse citer pour prouver l'analogie de l'éclampsie et de l'épilepsie. On y voit combien l'état de couches favorise le développement des accès de cette dernière maladie ; on y peut voir aussi que l'épilepsie, bien que modifiée, est gé-

néralement moins dangereuse et moins rapprochée de l'apoplexie séreuse ou sanguine que l'éclampsie qui frappe un sujet non habituellement épileptique.

On remarquera que l'enfant a vécu ; ce qui infirme le triste pronostic trop exclusivement porté par quelques auteurs sur les effets de l'éclampsie. Les observations qui vont suivre en offriront encore plus d'un exemple.

N° VII.

Épilepsie habituelle ; éclampsie mortelle ; accouchement prématuré ; version.

Voici un exemple qui prouve que l'épilepsie, prenant le caractère d'éclampsie, n'est pas néanmoins sans dangers, et qu'elle mérite toute l'attention de l'accoucheur :

Une femme âgée de vingt-quatre ans, lymphatique et peu robuste, enceinte pour la quatrième fois, et arrivée au terme de six mois, nous fut apportée le 1er juin, vers deux heures du matin. Il était survenu un premier accès d'éclampsie, suivi d'une trentaine d'autres, dans l'espace de dix-huit heures, après lesquelles on nous la confia. Dans l'intervalle de ces accès, la malade restait plongée dans un coma profond ; la respiration était stertoreuse, et la bouche remplie d'une salive écumeuse. Nous apprîmes des parens que cette femme avait, depuis deux ans, été attaquée de sept à huit accès

d'épilepsie, et que, quinze jours avant son dernier accident, une vive contestation entre elle et une de ses voisines avait amené plusieurs syncopes.

Je m'empressai de m'assurer de l'état de l'utérus : le fond de cet organe dépassait à peine l'ombilic; son col avait la longueur ordinaire à pareille époque : cependant il était ouvert.

Dix-huit sangsues furent appliquées au cou, des vésicatoires placés aux jambes, et une potion éthérée administrée par cuillerées. Nul soulagement. Dix-huit accès eurent lieu pendant la nuit : coma continuel, respiration ronflante et embarrassée, pouls convulsif, *face tuméfiée*. Le matin, l'orifice utérin pouvait admettre le doigt; les membranes bombaient : *je les rompis*, et je reconnus que le fœtus présentait les *fesses et les pieds* à l'orifice. Cette ouverture me parut assez *dilatable* pour admettre successivement tous mes doigts, et me permettre de faire descendre un pied, sur lequel j'exerçai les tractions convenables pour donner au tronc du fœtus une direction favorable. L'utérus l'eut bientôt chassé au dehors, et nous n'eûmes qu'à le recevoir. Il donna quelques signes d'une vie bientôt éteinte : deux heures après sa naissance il n'existait déjà plus. Son poids était de deux livres.

La délivrance fut facile, et les lochies coulèrent comme de coutume pendant les vingt heures qui suivirent l'accouchement. Ce terme fut l'épo-

que de la mort, que ne purent retarder ni les sangsues appliquées aux cuisses, ni les sinapismes, ni les potions anti-spasmodiques. Le coma n'avait point cessé.

Je ferai remarquer d'abord la dispute qui avait si violemment ému notre malade. Cette émotion, qui a précédé de quinze jours les derniers accidens, n'en est assurément pas la cause, et je remarquerai à ce sujet combien il faut être réservé dans l'étiologie des maladies en général.

Cette femme, quoiqu'elle ait été victime de l'éclampsie, avait eu déjà plusieurs enfans, ce qui prouve que cette maladie n'attaque pas exclusivement les primipares, et qu'elle ne leur est pas exclusivement funeste.

Ne pourrait-on pas attribuer le fâcheux événement qui a terminé le cours de cette maladie à la modération intempestive avec laquelle on a prescrit les évacuations sanguines? Je ne sais quels motifs, si ce n'est la constitution de la malade, ont empêché de recourir à la saignée du bras, que semblaient requérir la congestion cérébrale, la tuméfaction de la face, etc. Sans ce moyen principal, que pouvions-nous attendre des sinapismes, des vésicatoires, de l'éther, etc.?

N° VIII.

Éclampsie suivie de fièvre cérébrale, guérie; forceps.

La nommée Dés...., âgée de dix-sept ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, fut apportée à la maison d'accouchement le 16 septembre 1815, à onze heures du matin. Depuis la veille au soir, elle était attaquée de convulsions dont les paroxysmes se répétaient fréquemment. Elle était enceinte de son premier enfant. Le volume de l'utérus, et son élévation dans l'abdomen, annonçaient le neuvième mois de la gestation.

La malade était plongée dans un coma profond; la face était tuméfiée et violette, la respiration stertoreuse, le pouls plein et dur. L'eau de l'amnios, verdâtre et fétide, s'écoulait par intervalles, et humectait le vagin et les organes génitaux externes.

L'utérus commençait à se contracter; l'orifice, au centre du bassin, offrait huit à dix lignes de diamètre; les membranes bombaient un peu pendant les contractions, quoiqu'elles se fussent déjà rompues au-dessus de l'orifice. La tête de l'enfant se présentait diagonalement au détroit abdominal; l'occiput, situé derrière la cavité cotyloïde droite, et le front devant la symphyse sacro-iliaque gauche. (*Saignée de trois palettes, application de quinze sangsues aux parties latérales du cou.*) A

une heure, malgré l'emploi de ce moyen, la malade eut encore un violent accès de convulsions.

Les contractions utérines étaient affaiblies par l'évacuation lente de l'eau de l'amnios; on ouvrit de nouveau les membranes vis-à-vis du centre de l'orifice. A trois heures, la dilatation était très-grande; la tête, parvenue dans l'excavation du bassin, n'avait pas encore franchi l'orifice. Les contractions étant toujours faibles, et la malade ne pouvant exercer des efforts qui lui auraient d'ailleurs été préjudiciables, on se décida à terminer l'accouchement avec le forceps, quoiqu'il n'y eût plus de convulsions. L'enfant ne donna aucun signe de vie.

L'action trop faible de l'utérus ne put entièrement détruire les adhérences du placenta, et après les délais convenables, il fallut opérer le décollement et l'extraction de cette masse spongieuse, en introduisant une main dans la cavité de la matrice.

Le soir et la nuit, état comateux, respiration stertoreuse, excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales, lochies sanguines abondantes. (*Potion anti-spasmodique, infusion de tilleul, vésicatoires aux cuisses.*)

Le deuxième jour, chaleur et moiteur à la peau, pouls développé et fréquent, léger assoupissement; la connaissance paraît disposée à se rétablir, lochies toujours abondantes, point de selles, sup-

pression d'urines. (*Tisane de tilleul nitrée, lavement laxatif.*)

Le troisième jour, céphalalgie, délire, soif, chaleur et sécheresse à la peau, pouls développé, très-fréquent; la sécrétion du lait ne se fait point; lochies toujours sanguines, point de selles, évacuation involontaire de l'urine. (*Potion avec les eaux distillées de fleurs de tilleul et d'oranger, avec addition de crême de tartre.*)

Le quatrième jour, mêmes symptômes. (*Application de huit sangsues à la vulve, petit-lait édulcoré.*)

Le cinquième, la sécrétion du lait s'opéra : dès-lors l'équilibre parut se rétablir, et la malade sortit parfaitement rétablie le onzième jour de ses couches.

On trouvera ici un exemple du premier degré de la fièvre cérébrale, qui suit souvent l'éclampsie, quand elle a produit de nombreux accès et un coma profond et opiniâtre. Il est bon de noter que cette femme n'était point affectée d'anasarque. Plusieurs de celles dont l'histoire va suivre étaient dans le même cas.

N° IX.

Éclampsie avant le travail, suivie d'une fièvre mortelle; perforation de l'estomac et du diaphragme.

Euphrosine Lac...., cuisinière, âgée de vingt-deux ans, d'une constitution robuste et primipare, était parvenue, sans incommodité, jusqu'à la fin du huitième mois. Le 25.... 1814, vers le soir, *céphalalgie* violente ; vers minuit, *délire*, et peu après convulsions violentes, dont les accès se répétèrent au nombre de trois ou quatre. (*Saignée du bras de deux palettes*). Les accès s'arrêtent.

Le 26 matin, ils reparaissent avec violence, et se succèdent continuellement et sans interruption pendant toute la matinée. On employa successivement les moyens suivans : *douze sangsues au cou, autant à la vulve, vésicatoires aux cuisses, saignée du bras de trois palettes.*

Ces moyens suspendirent les accès; mais la malade resta plongée dans un coma parfois interrompu par le délire et l'agitation. Au milieu de ce trouble, nul symptôme de travail. Le col utérin a toute la longueur et la fermeté ordinaires à cette époque. L'urine ne coule point, et les matières fécales ne sont point évacuées.

Le 27 matin, l'agitation persiste, le pouls est roide et fréquent, la peau chaude et sèche. (*Emétique* 1 *gr. en lavage ; deux demi - lavemens*

avec séné et savon); défécation, liberté des urines, retour complet des facultés mentales: cependant la fièvre persiste avec toux et expectoration muqueuse.

Le 28, à 11 heures du soir, accouchement naturel, après un travail d'environ douze heures. L'enfant, du sexe féminin, est né mort et putréfié; il pesait cinq livres. Délivrance naturelle.

Les jours suivans, la fièvre continue ainsi que la toux et la céphalalgie; l'abdomen est douloureux, la respiration difficile.

Le quatrième jour après l'accouchement, prostration, délire, infiltration aux membres abdominaux, douleurs dans le thorax et l'abdomen, déjections involontaires, pouls petit et inégal. Mort vers minuit.

Examen du cadavre.

La tête ne fut point ouverte; le thorax contenait, du côté gauche seulement, un liquide brunâtre. De ce côté, le diaphragme, ramolli et brun, était percé de plusieurs trous. L'estomac, presque vide, était largement perforé à sa base : les bords de l'ouverture étaient mous, minces et brunâtres. Nul épanchement dans l'abdomen. Vésicule biliaire distendue par de la bile et de nombreux calculs.

Cette femme, ainsi que la plupart des précédentes, était enceinte pour la première fois: nous n'avons eu jusqu'ici qu'un exemple du contraire (n°. 7), qui effectivement est assez rare.

On voit ici bien évidemment que le travail puerpéral n'est pas indispensablement nécessaire au développement de l'éclampsie; on y voit l'utilité des saignées dans cette maladie ; car la malade n'a pas succombé aux convulsions, mais à une fièvre puerpérale. Il ne serait pas déraisonnable d'attribuer à la maladie de la mère la mort de l'enfant : nous avons vu qu'il n'en est pas toujours de même.

N° X.

Plusieurs exemples d'éclampsie pendant et après le travail, suivie de péritonite et pleurésie puerpérales ; forceps.

Je réunis sous ce titre un certain nombre de faits que je vais rapporter en peu de mots; leur ressemblance entraînerait des répétitions inutiles et fastidieuses si je voulais donner de chacun une relation détaillée.

I. Ida Len...., ouvrière, âgée de vingt ans et enceinte pour la première fois, était arrivée sans accident à la fin du neuvième mois. Le travail se déclara et marcha d'abord régulièrement; mais la tête du fœtus venait de franchir l'orifice, lorsque survint un violent accès d'éclampsie qui me décida à terminer l'accouchement au moyen du *forceps* : l'opération fut faite le 1er mars 1814 à trois heures du matin. L'enfant était un garçon récemment mort et du poids de six livres.

Dès le commencement du travail, des symptômes

de pléthore s'étaient manifestés et avaient cédé à une saignée médiocre. Après l'accès, et avant l'application du forceps, une deuxième saignée fut pratiquée.

La délivrance fut naturelle; un deuxième accès la suivit; il dura un quart d'heure et fit place à un coma prolongé; plusieurs autres se manifestèrent ensuite, toujours suivis d'un quart d'heure environ d'assoupissement et d'insensibilité. (*Douze sangsues à la vulve, vésicatoires aux cuisses.*)

Dans la journée, point d'accès, mais continuation des symptômes fébriles. Les jours suivans, à la fièvre s'ajoutent le coma et la céphalalgie; les lochies coulent, mais la sécrétion du lait ne s'opère pas; le ventre devient douloureux et tendu, la respiration difficile; bientôt les matières fécales et l'urine coulent involontairement; la malade tombe dans la prostration et expire le septième jour, malgré l'emploi, peut-être prématuré, des stimulans (*valériane, acétate d'ammoniaque, éther*) et des toniques (*kina*).

Examen du cadavre.

La plèvre droite était rouge et adhérente au poumon; elle contenait, ainsi que le péricarde, de la sérosité teinte en rouge. L'intérieur des veines caves était un peu rouge; le cœur offrait des plaques blanches.

Dans l'abdomen, sérosité jaune et mêlée de flocons albumineux; du pus dans les vaisseaux utérins;

quelques petits abcès dans le tissu de la matrice. Ovaires gonflés. Symphyse pubienne mobile.

La tête n'a point été ouverte.

II. Cron...., femme de vingt-un ans, forte et sanguine, fut accouchée de son premier enfant au terme de neuf mois, le 4 octobre 1816 au matin. Des convulsions, survenues après que la tête eut franchi l'orifice, me forcèrent d'appliquer le *forceps* comme dans le cas précédent. L'enfant vécut.

Deux saignées avaient été pratiquées avant l'accouchement; deux accès suivirent de près la délivrance, et un troisième parut une heure après. La connaissance s'était rétablie dans l'intervalle des premiers; mais l'assoupissement survécut au troisième : en conséquence on jugea convenable de réitérer la saignée : deux palettes de sang furent tirées du bras; et un nouvel accès étant encore survenu, on appliqua douze sangsues au cou et quelques-unes aux jambes. On y joignit des vésicatoires et des sinapismes, qui n'empêchèrent point les accès de revenir d'heure en heure pendant tout le reste du jour et la nuit suivante. Trois accès parurent encore le lendemain dans la matinée; le coma était toujours profond et la respiration stertoreuse : on revint à la saignée du bras. Les accès disparurent, et au coma succédèrent un assoupissement léger, parfois du délire, et constamment une fièvre assez forte.

Ces symptômes changèrent dans les jours suivans : la céphalalgie prit la place de la somno-

lence; la fièvre s'accrut, et une péritonite se développa malgré l'emploi des adoucissans, des sangsues, des cataplasmes, des bains, et quoique l'écoulement des lochies n'eût été suspendu qu'un seul jour. Cette péritonite, d'abord diminuée, éprouva, le onzième jour, une récrudescence précédée de frissons, et, après quelques alternatives de mieux-être et d'exacerbation, amena la mort le vingt-quatrième jour après l'accouchement.

L'*examen du cadavre* offrit un épanchement séro-purulent, et des concrétions albumineuses dans l'abdomen.

III. Geneviève Leg..., âgée de vingt ans, lymphatique et délicate, fut accouchée, également au moyen du *forceps*, le 2 juillet 1812, à six heures du matin, après un travail de trente-sept heures, qui avait été troublé par le *délire* et les convulsions. A ces accidens, on a opposé la saignée du bras et les sangsues appliquées au cou. L'enfant était faible, mais viable; il pesait six livres.

La délivrance fut suivie d'un accès d'éclampsie, puis d'une hémorrhagie utérine qui n'a pas eu de suites inquiétantes.

L'assoupissement a persisté, et la fièvre s'y est jointe. (*Vésicatoires aux cuisses.*) Ces symptômes avaient diminué le troisième jour, quand parurent une douleur de côté et des symptômes gastriques : l'*ipécacuanha* produisit du soulagement. (*Vésicatoire sur le côté.*) Ces symptômes durèrent jusqu'au quinzième jour. Des coliques qui tour-

mentèrent la malade à cette époque furent dissipées au moyen d'un laxatif, et dès-lors cette femme entra en convalescence.

IV. Louise Did....t, blanchisseuse, âgée de vingt-deux ans, femme robuste et sanguine, primipare, et bien portante pendant sa grossesse, à l'exception d'une *infiltration* séreuse assez considérable aux membres abdominaux, fut prise, au huitième mois, de convulsions accompagnées du développement du travail puerpéral. Quatre accès eurent lieu avant l'accouchement, et une céphalalgie violente, accompagnée d'éblouissemens et de *cécité*, en avait annoncé l'invasion. Douze sangsues furent appliquées au cou, la veine du bras ouverte, et je pratiquai ensuite l'application du *forceps*, au moyen duquel je fis, le 28 mars 1812, à trois heures du soir, l'extraction d'un enfant *vivant*, du poids de cinq livres et du sexe féminin.

Le travail avait duré huit heures. La délivrance fut naturelle, et suivie de nouveaux accès, qui se répétèrent jusqu'au lendemain à une heure du matin. Une saignée les supprima, et quelques sangsues à la vulve secondèrent l'effet de cette évacuation. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes pour dissiper l'infiltration, qui cependant résista à leur emploi. Après deux jours de calme, un frisson, suivi de fièvre et de douleurs abdominales, annonça la péritonite : l'*ipécacuanha* et l'*huile de ricin* n'en arrêtèrent pas la marche : elle offrit quelques alternatives dans son intensité

et se dissipa peu à peu après avoir duré environ quinze jours.

V. G. Dur...., blanchisseuse, enceinte pour la première fois, mal portante, et affectée d'une diarrhée continuelle, fut prise, au neuvième mois, d'un accès d'éclampsie très-violent. On nous apporta, le 20 janvier 1814, cette femme privée de connaissance, la face violacée, la bouche et les narines écumeuses, la peau couverte d'une éruption boutonneuse, et les membres roides et immobiles. Le travail était assez avancé pour qu'on pût appliquer le *forceps*, et je tirai ainsi une fille récemment morte et du poids de cinq livres. On pratiqua aussitôt une saignée du bras; on donna une potion anti-spasmodique, et l'on appliqua des vésicatoires derrière les oreilles et aux cuisses.

La connaissance était parfaitement rétablie, lorsque, vers le soir, deux accès reparurent encore. Chacun dura cinq minutes. Douze sangsues furent apposées à la vulve. Dans la nuit, deux autres accès suivis de coma; deux autres le lendemain vers neuf heures du matin : ce furent les derniers; mais la fièvre persista avec toux, diarrhée et incontinence d'urine. Cet état dura jusqu'au quatrième jour, qui fut celui de l'invasion d'une péritonite compliquée de pleurésie. Des sangsues, des adoucissans, puis des vésicatoires, ne firent cesser la maladie qu'après trente jours de durée, et plusieurs alternatives de diminution et d'accroissement dans les symptômes.

Plusieurs de ces faits prouvent que la maladie ne cède souvent qu'à des saignées réitérées, et que, parfois même, elle résiste et aux saignées et à l'extraction du fœtus. Je ne doute pas que les vésicatoires, appliqués trop tôt, n'aient souvent nui au succès des autres moyens, comme le dernier fait en est la preuve. Ces observations peuvent aussi servir à prouver que l'enfant ne meurt pas toujours en pareil cas, et que sa mort, si elle est quelquefois l'effet de l'éclampsie, n'en est jamais la cause.

N° XI.

Éclampsie ou épilepsie après l'accouchement; guérison (1).

Dans le mois d'octobre 1821, on me fit appeler, vers sept heures du matin, auprès d'une femme habituellement employée au service des bains sulfureux, et sujette, m'a-t-on dit, à des *attaques de nerfs*. Cette femme était accouchée très-heureusement la veille au soir. Dans la nuit, survinrent, après quelques altercations domestiques, les symptômes suivans, dont une personne instruite (2) me fit, à mon arrivée, une description fidèle.

Un malaise indéfinissable avait été suivi d'une

(1) Observation de l'Éditeur.

(2) Mademoiselle Rouget, dont il a déjà été question.

perte de connaissance et d'un état soporeux interrompu, de demi-heure en demi-heure, par des accès de convulsions, consistant en roidissemens violens, ou en agitations répétées des membres et des muscles de la face. Dans ces mêmes accès, la bouche se remplissait d'une écume sanguinolente. Dans les intervalles, le coma était parfois remplacé par un délire furieux et des vociférations effrayantes.

A mon arrivée, stupeur, engourdissement, insensibilité; à force de questions, on obtient quelques mots entre-coupés, qui indiquent que la malade souffre de la tête, et surtout du ventre et des lombes. La compression de l'hypogastre excite une vive contraction des muscles de la face; les lochies sont arrêtées depuis plusieurs heures, et il n'y a point eu de déjections depuis l'accouchement. La peau est chaude et sèche, le pouls fortement fébrile, la langue rouge à la pointe.

Peu après mon arrivée, un nouvel accès de convulsions me fit reconnaître la fidélité du tableau qui m'avait été soumis par la sage-femme : le délire et des vomissemens verdâtres suivirent cet accès, qui avait offert tous les caractères d'un paroxysme d'épilepsie, ou d'éclampsie épileptiforme. Une *saignée* du bras de quatre palettes fut pratiquée sur-le-champ, et une mixture d'*huile de ricin* et de *sirop de chicorée* fut prescrite.

Bientôt la connaissance revient, les douleurs diminuent, et les lochies reparaissent; des déjec-

tions abondantes débarrassent l'abdomen; les nausées persistent, mais sans caractères bilieux ou inflammatoires.

Le lendemain matin, coliques violentes, mais que *la pression diminue*, et que nul mouvement fébrile n'accompagne. Un lavement, auquel on ajoute quelques cuillerées d'*huile d'amandes douces*, a produit de nouvelles évacuations qu'a suivies un rétablissement complet.

Il est indubitable que l'habitude épileptique de cette femme a été la première cause des accidens que je viens de relater; mais ces accidens n'avaient-ils pas un caractère un peu différent de ceux qu'on remarque dans les accès ordinaires de l'épilepsie, et les suites n'en auraient-elles pas été plus à craindre? Je ne crois pas qu'on puisse répondre négativement à cette question, et je pense que, sans les moyens prompts et énergiques qui ont été mis en usage, la maladie n'aurait point pris une tournure aussi favorable (1). Cette observation, comme on voit, nous offre une preuve de la grande ressemblance qui existe entre l'épilepsie et l'éclampsie des femmes en couches: dans cette dernière, on remarque en général plus d'intensité et d'opiniâtreté dans les symptômes comateux ou apoplectiques, et il semble que l'épilepsie habi-

(1) Il a existé en outre un commencement de métrite ou de péritonite.

tuelle peut prendre ce caractère quand le sujet qui en est affecté se trouve dans l'état de couches.

N° XII.

Éclampsie après l'accouchement ; guérison (1).

Une femme de constitution assez débile, âgée de trente - deux ans environ, déjà mère de plusieurs enfans, et sujette à quelques *affections nerveuses* anomales, accoucha le 29 novembre 1823, après un travail long, douloureux, et dans lequel elle avait témoigné beaucoup d'impatience. Dans les derniers momens, elle se plaignait d'éblouissemens, de céphalalgie, de vertiges. Dix minutes après la sortie de l'enfant, au moment même où le placenta venait d'être extrait, survient un violent accès d'éclampsie, offrant tous les caractères de l'épilepsie la plus intense. La personne qui avait conduit le travail (2) se hâte de pratiquer une saignée copieuse (cinq palettes) : cependant la femme reste dans un état de coma profond et d'insensibilité complète.

Appelé en ce moment, je trouvai les pupilles resserrées, la face modérément colorée, le pouls encore dur et fréquent, les artères carotides agitées de vives pulsations.

---

(1) Observation de l'Éditeur.

(2) Madame Charrier, ancienne élève surveillante de l'hospice de la Maternité.

Peu à peu cette femme s'agite, ouvre les yeux, répond vaguement aux questions, puis enfin reprend complètement sa connaissance. Cependant elle se plaint d'un mal de tête qui diminue et augmente alternativement, de vertiges et d'un état indéfinissable ; elle ne se souvient que des douleurs du travail, et non de son accouchement ni de sa délivrance, quoique cependant elle eût donné, immédiatement après, tous les signes les moins équivoques d'une parfaite présence d'esprit. Malgré ce mieux-être réel, la plénitude du pouls et la pesanteur de la tête me déterminèrent à conseiller l'application d'une vingtaine de sangsues au cou. J'insistai d'autant plus sur cette application que je sentis peu à peu le pouls prendre plus de force, que je vis les pupilles se dilater progressivement, et que j'entendis la malade se plaindre de l'augmentation de la céphalalgie, et surtout, disait-elle, d'un état d'étourdissement singulier, et tel qu'elle n'avait jamais rien éprouvé de semblable. Au milieu de ces plaintes la parole s'embarrassait, les yeux étaient agités de secousses régulières, les paupières offraient de petits battemens convulsifs, et enfin, environ trois quarts d'heure après le premier accès, en parut un second non moins violent et accompagné de *stertor*, de l'expuition visqueuse, et de la teinte violacée qu'on remarque dans l'épilepsie.

Dès la première apparition des symptômes spasmodiques, j'avais fait respirer du vinaigre, j'avais

cherché à occuper l'esprit de la malade ; mais dès que j'aperçus que l'accès allait avoir lieu, je rouvris la veine, et pendant la durée même de cet accès, je tirai encore trois palettes de sang : le pouls resta fort et régulier. Cet accès dura trois à quatre minutes; il fut suivi d'un coma plus prolongé que le premier. Les sangsues furent appliquées au cou, et l'on mit des sinapismes aux pieds; en même temps on administra une potion éthérée et une tisane de tilleul. Ces moyens ramenèrent un état satisfaisant, et, dans la soirée, la malade ne se plaignait que de la cuisson causée par les sinapismes dont l'effet avait été jusqu'à la vésication, d'un brisement général et de tranchées utérines causées par des caillots qui, de temps à autre, étaient expulsés. Les lochies, la sécrétion du lait eurent leur cours habituel, et la malade nourrit son enfant.

La céphalalgie dura plusieurs jours ; mais un laxatif qui dissipa la constipation, et de plus un vésicatoire derrière l'oreille droite (le côté droit était plus douloureux), suffirent pour mettre un terme à cette incommodité.

N° XIII.

Plusieurs observations d'éclampsie survenue après l'accouchement.

J'aurais pu multiplier beaucoup les exemples des divers genres d'éclampsie que j'ai déjà men-

tionnés ; je m'en abstiens pour éviter des répétitions inutiles : il ne me reste plus qu'à donner des observations d'éclampsie développée après l'accouchement, et j'en réunirai ici cinq cas qui varient pour l'époque à laquelle ont paru les convulsions.

I. Catherine Pr..., âgée de vingt-deux ans, forte, sanguine, parvenue au terme de sa première grossesse, accoucha naturellement le 11 mai, après un travail de douze heures, qui n'avait offert d'autres accidens que quelques nausées et vomissemens de matières glaireuses. Les organes génitaux étaient fort étroits : aussi, aux derniers momens du travail, la douleur devint-elle excessive. Pendant que la tête du fœtus franchissait la vulve, la mère fut saisie d'un accès de convulsions que rien n'avait fait prévoir, et qui dura quelques minutes. L'enfant vécut ; la délivrance fut facile et prompte ; mais une céphalalgie violente avait succédé à l'éclampsie. Un deuxième accès, avec *stertor*, lividité de la face, plénitude et fréquence du pouls, ne tarda pas à se montrer ; il fut suivi d'un coma profond, qui commençait à se dissiper quand survint un troisième accès, moins violent à la vérité. (*Saignée du pied, potion éthérée et nitrée, tilleul.*) La somnolence, la céphalalgie et l'état fébrile durèrent encore un jour. Des douleurs abdominales, dues à la rétention de l'urine, cédèrent au cathétérisme, et la femme partit, en pleine santé, le 17 mai.

II. H. Lef..., domestique, âgée de dix-huit ans,

robuste et sanguine, n'avait éprouvé, pendant le cours de sa première grossesse, d'autre accident qu'un rhume très-intense. Elle accoucha naturellement, le 11 octobre 1810, d'une fille bien portante, et promptement suivie du délivre. Pendant le travail, qui dura dix heures, céphalalgie, éblouissemens, *cécité. Douze sangsues* placées au cou semblaient avoir prévenu l'éclampsie : cependant la délivrance fut immédiatement suivie d'un accès. *Vingt-cinq autres accès*, séparés par un état soporeux et accompagnés d'excrétions involontaires de l'urine et des matières fécales, eurent lieu pendant le reste du jour et la nuit suivante. Une fièvre avec symptômes cérébraux (dilatation des pupilles, coma, déjections involontaires, etc.) suivit cet état : on la combattit, peut-être à tort, *par des stimulans anti-spasmodiques, des vésicatoires*, etc., qui n'empêchèrent pas la mort de survenir le cinquième jour.

III. Une femme, dont j'ai déjà parlé ailleurs (3e Mémoire, n°. 26), et chez laquelle la troisième position de la face avait nécessité la version du fœtus, fut également prise d'un accès de convulsions peu après la délivrance. Cette femme était fortement *infiltrée* : cependant la céphalalgie, les vertiges et la rougeur de la face ne parurent qu'après l'accouchement : outre ces symptômes, quelques *vomissemens* spontanés nous firent, seulement alors, craindre le développement de l'éclampsie. Le pouls était plein, lent et intermit-

tent. *Douze sangsues* placées au cou ne prévinrent pas l'accès : on fit ensuite une *saignée du bras*. Cependant l'état comateux persista; les *antispasmodiques*, les *vésicatoires* aux jambes et à la nuque n'empêchèrent pas cinq accès de reparaître encore, à une heure de distance. Après deux heures de calme, sept autres accès reparurent dans l'espace de quatre heures, et furent suivis d'un assoupissement qui dura jusqu'au soir du deuxième jour, époque à laquelle cette femme rendit le dernier soupir. *Douze sangsues* avaient été appliquées à la vulve pour suppléer les lochies, dont l'écoulement était nul.

L'*examen du cadavre* n'offrit aucune trace visible des phénomènes qui avaient eu lieu pendant la vie; *l'encéphale était sain*, comme tous les autres viscères.

IV. Anne Deb...., femme maigre, mais bien portante, âgée de vingt-cinq ans, arriva tout accouchée à l'hospice le 2 mars 1819 : elle était baignée dans son sang, mais si peu affaiblie qu'elle put faire la route à pied. L'hémorrhagie s'arrêta, et, pendant deux jours, la santé fut parfaite.

Le 4 mars, au matin, accès de convulsions, avec teinte violette du visage, roulement des yeux, écume à la bouche; puis stupeur, et bientôt rétablissement complet. Cependant, par précaution, on fait une saignée de deux palettes. Pendant la saignée, efforts de vomissemens : la malade annonce *qu'elle va se trouver mal*. En effet, un

deuxième accès survient; le sang sort par jets dans les secousses convulsives; il est noirâtre et liquide. La face, d'abord violette, pâlit ensuite, et à l'agitation succède l'immobilité, l'insensibilité, la lenteur et la faiblesse du pouls, c'est-à-dire, une véritable syncope que suivent la stupeur, l'assoupissement, et parfois du *délire* et des efforts de vomissement. A dix heures, troisième accès suivi d'une augmentation dans les symptômes; pupilles dilatées, pouls plein, dur et fréquent, un peu plus lent aux artères fémorales qu'aux radiales (1). (*Sinapismes, éther, lavement purgatif, saignée de* ℥ viij.) Un accès très-violent suit de près la saignée; déjections involontaires, *délire*, etc. Le soir, à neuf heures, cinquième accès. (*Vingt sangsues au cou, vésicatoires aux cuisses.*) Pendant la nuit, les accès se répètent et le *délire* les interrompt; peu à peu la malade s'affaisse, et meurt le 5 mars, à six heures du matin.

Cette femme en était à sa troisième couche : nous n'avons pu savoir si elle était épileptique, comme la chose est probable (2).

---

(1) Symptôme constant, suivant le professeur Chaussier. La plupart des femmes dont il a été question plus haut ont été mises entre ses mains dès le deuxième jour des couches.

(2) Les accès avaient effectivement un caractère différent de ceux de l'éclampsie. Le délire est rare dans cette affection, et cet exemple serait peut-être le seul où l'on eût vu les accès être déterminés par la saignée. Deux fois l'accident a suivi l'opération de si près qu'on ne peut révoquer

Le *cadavre* a présenté une injection notable dans les vaisseaux du cerveau, et un crâne déprimé en avant et fort élevé en arrière. L'estomac, resserré, était sans rougeur, mais offrait, dans sa portion pylorique, beaucoup de follicules muqueux. L'utérus, encore gros, était dur et arrondi; les mamelles pleines de lait.

V. Catherine Mart...., domestique, âgée de vingt-quatre ans, robuste et sanguine, réglée seulement depuis l'âge de dix-huit ans, accoucha spontanément le 17 septembre 1812, à dix heures du soir, après un travail de quatre heures. L'enfant vivait. Délivrance naturelle et bien-être parfait dans les premiers jours.

Le cinquième, douleur au cou, attribuée au froid; elle persiste les jours suivans. Le dixième, la malade veut partir; elle se lève et tombe frappée d'un accès de convulsions rapidement suivi de cinq autres, puis d'un assoupissement profond. (*Douze sangsues à la vulve, vésicatoires aux jambes.*)

Le lendemain matin, 27 septembre, trois autres accès. (*Vésicatoires aux cuisses, arnica, acétate d'ammoniaque*). Six accès dans la journée (*Sinapismes.*)

---

en doute leur liaison de cause à effet. Cependant la malade n'avait point conçu pour la saignée cette répugnance qui décide si souvent la syncope. Les piqûres furent peu douloureuses; enfin tout fut pratiqué le plus simplement possible, et j'en puis donner la certitude, car je fus témoin, et témoin actif des deux opérations. (*Note de l'Éditeur.*)

Le 28 septembre, le coma se prolonge ainsi que la roideur des membres, la dilatation des pupilles, etc. (*Vingt-quatre sangsues au cou, vésicatoire sur la tête.*)

Le 29, la connaissance revient, et dès-lors une simple fièvre continue succède à ces symptômes effrayans : elle dura jusqu'au 2 octobre, et la malade ne fut retenue à l'hospice, pendant les vingt jours suivans, que par la suppuration des plaies des vésicatoires et des sinapismes.

Il n'est pas dit que cette femme ait jamais été sujette à aucune attaque d'épilepsie.

Tous ces faits prouvent que l'accouchement ne met pas toujours à l'abri de l'invasion de la maladie qui nous occupe ; plusieurs prouvent aussi que les saignées ne sont pas toujours efficaces : il est vrai qu'on en a, selon moi, troublé souvent les effets par des vésicatoires ou des sinapismes appliqués trop tôt. L'observation n°. 4 semblerait prouver que dans de certains cas la saignée peut amener les accès et peut-être les aggraver; mais cette femme était probablement épileptique, et son exemple ne peut servir de règle aux cas d'éclampsie réelle et pure. Nous avons vu dans les premiers numéros que, même dans l'épilepsie qui prend le caractère de convulsions puerpérales, on tire ordinairement un grand avantage des évacuations sanguines.

VIIIe MÉMOIRE.

Ruptures et déchirures des organes génitaux.

Je vais rassembler, dans un même Mémoire, des accidens fort différens dans leurs causes, leurs suites, leur importance et les indications qu'ils établissent, mais fort semblables dans leur nature. Cette réunion me fournira d'ailleurs l'occasion de parler de certaines affections dont je n'ai pas cru devoir m'occuper spécialement, vu le peu de données qu'elles offrent dans la pratique : telles sont les grossesses extra-utérines, les fistules, etc.

Pour procéder avec ordre dans ces matières un peu disparates, comme je le faisais sentir il n'y a qu'un instant, nous passerons successivement en revue les déchirures et ruptures de l'ovaire ou de la trompe, celles de l'utérus, celles du vagin, et enfin celles du périnée. Chacune de ces espèces, en effet, a des causes prédisposantes et efficientes, des symptômes et un traitement particulier.

Peut-être aurais-je dû parler ici de la disjonction des os du bassin, dont nous aurons occasion de traiter au sujet de la section pubienne; mais

les faits peu nombreux que je possède sur ce point de l'art n'auraient pas fourni matière à un article régulier (1). Contentons-nous de quelques phrases sur ce sujet, peut-être plus curieux qu'important.

Une longue discussion avait partagé les physiologistes ou les accoucheurs, et la question de la mobilité des symphyses pendant l'accouchement avait eu depuis long-temps de chauds partisans et des adversaires opiniâtres (2). M. le professeur Chaussier a démontré, par une immense quantité d'observations, que les os iliaques, un peu mobiles en tout temps, et même chez l'homme, l'étaient constamment, et à un degré assez marqué, chez la femme en couches : la facette libre et cartilagineuse des pubis aurait dû le faire présumer. Mais une remarque non moins importante, c'est que, dans certains cas, et surtout après des accouchemens difficiles, il survient un écartement considérable, lequel a pu quelquefois offrir dix-huit

(1) J'aurais pu également faire mention d'un accident que j'ai observé deux fois : c'est la rupture de l'un des muscles psoas dans les efforts de l'accouchement, et celle de l'un des muscles droits dans la même circonstance. Ces accidens ont été mortels ; mais ils sont tellement rares qu'ils ne peuvent être cités que comme faits curieux : la pratique n'en peut rien déduire.

(2) *Voyez*-en l'énumération dans une dissertation de Thierry, *Thes. Sandif*, t. III, p. 195. *Voy*. aussi Sandifort lui-même, t. III, p. 182.

lignes d'étendue (1). La mobilité est un état normal, l'écartement est morbide. Aussi cet écartement n'a-t-il presque jamais lieu sans déchirure ; de là les douleurs qu'on observe si fréquemment dans les symphyses des femmes dont la couche a été laborieuse ; de là la claudication, la mobilité excessive des os; de là enfin des abcès, accompagnés de douleurs internes et de fièvre, ouverts parfois dans le vagin, la vessie ou le rectum, et fort souvent mortels. Il est probable que les cas de claudication qui guérissent par le repos et la contention des os du bassin au moyen d'un simple bandage, consistent, non en déchirures, mais en ramollissemens, en distensions des faisceaux ligamenteux des symphyses : c'est ce que l'examen de plusieurs cadavres nous a démontré. Passons maintenant à notre objet principal.

ARTICLE PREMIER.

Ruptures ovariques et tubaires.

Ces ruptures ne peuvent avoir lieu sans une distension (2) préalable, et, quoique le sang des

---

(1) Guillemeau, liv. II, chap. I. Hildanus, *cent.* VI, *obs.* 39. Morgagni, ép. 48, art. 45. Sandifort a averti judicieusement de ne point confondre le relâchement des ligamens avec leur rupture. (*L. c.*, p. 190.)

(2) Une seule fois nous avons vu des varices de l'ovaire se rompre pendant l'accouchement et causer une hémorrhagie intérieure promptement mortelle.

menstrues chez une femme imperforée, quoique de la sérosité morbide aient quelquefois distendu les trompes et les ovaires, je ne sache pas que la rupture s'en soit suivie ; d'ailleurs, dans ce cas même, de tels accidens sortiraient du plan que je me suis tracé : je dois donc me borner au cas où la distension dépend d'une grossesse extra-utérine.

Quoique la majeure partie des auteurs admette la possibilité de l'adhésion, de la vie, du développement d'un ovule échappé au pavillon de la trompe et tombé dans l'abdomen ; quoiqu'on parle de placentas greffés, en pareil cas, sur le mésentère (1), sur le sacrum (2), les fosses iliaques (3), le côlon (4), l'estomac (5), les ligamens de l'utérus (6), et enfin sur tous les viscères abdominaux (7), cependant ce n'est pas sans raison, à mon avis, que le professeur Dubois révoque en doute de pareils faits.

Personne, au contraire, ne rejette la possibilité des grossesses ovariques (8), et surtout des tu-

---

(1) *Voy.* la dissertation de Weinknecht, *collection* de Schlégel, t. II.

(2) Baudelocque, t. II, p. 441.

(3) Romieux, *Bibl. méd.*, t. XV, p. 90.

(4) Fern, *in* Asdrubali, t. IV, p. 129.

(5) Courtial, *nouv. Obs. sur l'os pubis.*

(6) Kellin, *in* Asdrubali, *loc. cit.*

(7) Tumbull cité par Baudelocque, t. II, p. 441.

(8) On a vu les deux ovaires ainsi affectés chez une négresse (Smith, *Bibl. méd.*, t. XL, p. 86). Littre a trouvé

baires (1). L'anatomie pathologique viendrait bientôt démentir ceux qui douteraient de l'existence de ces faits; elle démentirait également ceux qui refuseraient à l'ovaire l'extensibilité nécessaire pour contenir un fœtus, puisque les hydropisies ovariques nous en fournissent fréquemment la preuve la plus incontestable. Il est vrai de dire cependant que la trompe est plus souvent occupée que l'ovaire; et que, dans bien des cas, il est impossible de décider auquel des deux organes appartient le kyste, tout se trouvant confondu dans les parois de ce sac, et le corps même de l'utérus en faisant partie.

---

dans l'ovaire un embryon de deux à trois lignes de longueur. *Voyez* d'ailleurs sur ce sujet les nombreuses citations de WEINKNECHT, *Diss. de Concept. extraut.* Je dois faire remarquer que je ne range pas sous ce titre l'existence des poils, des os dentiformes, et de la graisse dans les ovaires; ces mêmes substances y ont été trouvées chez des jeunes filles dont l'hymen était intact. (BAILLIE, *Anat. pathol.*) On en a trouvé de semblables dans l'estomac d'un homme (RUYSCH), dans la thyroïde (CELSE, FRANK, etc.), etc., etc.

(1) *Voyez* les notes du même Weinknecht, *l. c.* A ces trois espèces Richter en ajoute une quatrième qu'il nomme *vaginale*. Il faudrait peut-être encore y joindre un cinquième genre, d'après les observations de Smith, Hederick, Albers, Lobstein et Breschet (cités par M. Orfila, *Méd. légale*, t. 1, p. 191), qui ont pour objet des fœtus développés dans l'épaisseur des parois de la matrice. Ramsbotham a vu une femme mourir au quatrième mois de la grossesse; l'enfant était passé dans l'abdomen à travers une rupture

Je ne veux pas insister longuement sur les signes qui pourraient faire reconnaître la grossesse extra-utérine; on sait quelle obscurité règne généralement à cet égard. L'observation n'a point encore prononcé sur la valeur du moyen proposé par M. de Kergaradec, je veux dire l'auscultation. La forme du ventre, le développement constant de l'utérus, et la couche couenneuse qu'il renferme (1), voilà des signes bien vagues : il en est un qui se rencontre assez souvent, et qui, lorsqu'il existe, facilite, non-seulement le diagnostic, mais encore le traitement, et qui a une grande influence sur la terminaison naturelle de la grossesse : ce signe est la présence d'une tumeur dans le

---

récente de l'utérus; celui-ci était biloculaire, et la portion rompue n'avait point d'orifice vaginal, mais bien une trompe et un ovaire. (*Midwifery*, part. 1, p. 407.) Un exemple absolument semblable, suivi d'un événement tout pareil, est rapporté par Eisenmann d'après les journaux allemands. (*Tables anatomiques représentant une double matrice*, note *n*, n° 9). Ces deux faits n'ont-ils pas beaucoup de rapport avec les précédens? On cite quelques observations de cavités observées dans les parois de l'utérus; Morgagni en a vu deux capables d'admettre un haricot; Vassal en a observé une au fond d'un utérus; mais Degraaf observe judicieusement que cette dernière n'était probablement qu'un vaisseau veineux coupé en long. Peut-être en devrait-on dire autant de plusieurs autres exemples.

(1) Levret, Hartmann, Sanctorius, Bertrand, Romieux, Chaussier, Weinknecht, Uccelli (*Bibl. méd.*, t. xxxix, pag. 266); Ramsbotham (*ibid.*, tom. lv, pag. 231).

bassin, entre le vagin et le rectum (1). Des tumeurs idiopathiques peuvent en imposer, comme je le prouverai ailleurs; mais elles sont plus rares peut-être qu'on ne l'imagine, et la présence des fistules rectales, après des grossesses extra-utérines, me semble être une forte présomption pour admettre la fréquence de l'abaissement des ovaires ou des trompes distendues. Plusieurs fois j'ai vu, chez des femmes âgées, des engorgemens, des hydropisies de l'ovaire descendre aussi dans le bassin, aplatir le vagin contre les pubis, et le rectum contre le sacrum.

La grossesse tubaire ou ovarique peut avoir plusieurs terminaisons: tantôt, à la suite d'un faux travail puerpéral dont le siége paraît être à la fois dans l'utérus (2) et dans le kyste, ce kyste se rompt. Tantôt, au contraire, le travail cesse après une durée et une intensité variables; le fœtus périt, et alors deux chances restent encore : 1°. ou bien il ulcère les parois du kyste, et donne lieu à des abcès qui, s'ouvrant par l'ombilic (3), l'hypogas-

---

(1) Kellin *in* Asdrubali, tom. iv, pag. 133.

(2) Son corps se gonfle et son orifice s'ouvre, disent Beltrandi, Foart, Simmons, etc. (*Voyez* Gardien, t. i, p. 543.)

(3) *Journal. Méd. Chir. Pharm.*, t. ix. *Revue méd.*, janvier et juin 1823. *Bibl. méd.*, t. lv, p. 270. Rousset, *Hystérot.*, p. 315. Primerose, *de Morb. Mul.*, pag. 316. Planque, *Bibl. méd.*, tom. i, pag. 228 (deux enfans sortis successivement), et une foule d'autres auteurs cités par Fritzl, *in Sylloge Schlegelii*, tom. i, pag. 359. (*Obs. de*

tre (1), l'aîne (2), ou quelqu'autre région du ventre (3), ou pénétrant dans la vessie (4), le rectum (5), l'estomac même (6), expulsent à la fois le

---

Conc. tub.) PATUNA (*Epist. continens hist. fœt.*, etc., *Thes. Sand.*, tom. III, pag. 325.) WEINKNECHT (*l. c.*) et ASDRUBALI (tom. V.)

(1) RUBINUS, *in* VALLISNERIO. *Essais d'Edimbourg*, t. V, p. 566.

(2) BARTHOLIN, cap. XIII; CORNAX, pag. 246; GOFEY, *in* ASDRUBALI, *l. c.*

(3) ALBUCASIS, lib. II, sect. LXXVI. TRIOEN, *apud* SWIETEN. MANGET, *Theat. anat.*, hist. 5. DESBOIS de Rochefort, *Soc. méd.*, tom. I, pag. 308.

(4) CONRADI, *Path.*, t. V., p. 217. VAN-DER-WIEL, *Obs. rar. méd.*, t. I *obs.* II. JOSEPHI, *Annales litt. méd. étr.*, t. VII, p. 483. LECIEUX, *thèse* de Lamare, 1822.

(5) Aux nombreux exemples cités par Heister (t. II, p. 716 et 722), Bonet (*Sepul.*, lib. III, sect. 38), Morgagni (*ép.* XLVIII, *art.* 42), Baudelocque (t. II, p. 454), Rousset (p. 293), Patuna (*l. c.*), j'en pourrais ajouter de plus modernes, comme ceux de Béclard et Bonnie (*Soc. méd.*, 1813), de Taddei (*Bibl. méd.*, t. XXVII, etc.). J'ai assisté, à l'hôpital Necker, en présence du professeur Cayol, à l'ouverture du corps d'une jeune femme morte de diarrhée colliquative : toute la partie inférieure de l'abdomen était remplie par un kyste renfermant un enfant développé comme au neuvième mois, putréfié, mais encore entier, du moins quant au squelette. Cet enfant était baigné de matières fécales liquides, qui, pendant la vie, parvenaient dans le kyste par une perforation de l'iléon, et en sortaient par une autre perforation de l'intestin rectum. L'utérus, aplati, quoique plus volumineux que de coutume, était confondu en avant et à droite dans les parois du kyste.

(6) BARTHOLIN, cap. IX; PLANQUE, *l. c.* Marrould a trouvé un

pus et les lambeaux du fœtus, ainsi que ses os séparés, dénudés, ou encore unis ensemble (1); 2°. ou bien le fœtus se dessèche en quelque sorte, se momifie, s'ossifie, se pétrifie, et séjourne, sans accidens graves, pendant de nombreuses années, dans le corps de sa mère (2). La rupture du kyste est, je crois, la plus commune des deux terminaisons ; elle a lieu fort souvent avant que la grossesse soit parvenue à son terme (3) ; on l'a observée au premier (4), au deuxième mois (5) ; on l'a vu aussi n'avoir lieu qu'après l'époque naturelle, et chasser dans le ventre un fœtus d'un volume extraordinaire (6). Ordinairement mortelle, cette rupture est le plus souvent accompagnée d'un épanchement considérable de sang dans l'abdomen (7):

---

canal ouvert entre l'utérus et l'estomac (Ruleau, *Op. cés.*, p. 99.)

(1) Goodsir, *Ann. litt. méd. étr.*, t. ii, p. 533.

(2) Eysson, *Hist. Fœt. lapidef.*; Pearson, *Ann. litt. méd. étr.*, t. xvii, p. 55; Blegny, *Hist.*, *etc.*; Smellie, t. ii, p. 95; Sabatier, *Anat.*, t. ii, p. 469. *Voyez*-en beaucoup d'autres cités par Patuna, *l. c.*

(3) Deneux, *Bibl. méd.*, t. lxviii, p. 219; Remusat, *ibid.*, t. xlii; Sabatier, *Méd. opér.*, t. iii, p. 279.

(4) *Revue méd.*, *juin* 1823, p. 203.

(5) Verheyen, *Anat.*; Baudelocque, t. ii, p. 451.

(6) Patuna, *Dissert. cit.*; Baudelocque, t. ii, p. 488.

(7) Remusat, Deneux, Ramsbotham, *l. c.*, Vallisnieri, *Della Generaz*, part. ii, cap. xvii; Oldemburg, *Journ. méd.*; Chambon, *Mal. des Femmes*; Barbaut, *Acc.*, tom. ii, pag. 83, etc

parfois cependant la mort n'a pu être attribuée à l'hémorrhagie. Des douleurs assez vives ont ordinairement précédé et suivi le déchirement du kyste; d'autres fois il n'a donné aucun signe de sa présence, et la mort n'a été annoncée par aucun symptôme alarmant. Rarement la vie s'est-elle soutenue assez long-temps, après cette rupture, pour permettre au péritoine de s'enflammer, pour permettre la formation d'un abcès. On a cru voir quelquefois des traces de gangrène dans le sac; mais le plus souvent, je pense, il ne s'agissait que d'une forte ecchymose : c'est sur quoi nous reviendrons encore dans l'article suivant. Aussi, à l'ouverture des cadavres, ne trouve-t-on, le plus souvent, que les traces de la déchirure récente d'un kyste rempli de grosses veines, qu'on peut comparer aux sinus utérins. Ordinairement le fœtus seul est sorti du kyste; le placenta y adhère encore, et même plus fortement qu'il n'adhère en général à l'utérus. Un seul cas, extrêmement singulier, a été observé et décrit par Patuna (1) : la trompe, dilatée et déchirée, avait contenu un énorme fœtus; mais le cordon ombilical traversait une portion peu élargie de cette même trompe, et pénétrait dans l'utérus pour s'insérer à un placenta globuleux totalement renfermé dans cet organe : circonstance remarquable, et qui semble prouver que la grossesse extra-utérine n'est pas toujours due à un re-

(1) *Thesaurus* Sandifortii, t. III, p. 325 *et seq.*

tard dans la progression de l'ovule, mais quelquefois aussi à une rétrogression du fœtus hors de la cavité utérine, par l'orifice d'une trompe plus dilatée que de coutume. Cette théorie est d'autant plus vraisemblable que Planchon (*Opération césarienne*) a observé fréquemment une dilatation notable de ces mêmes orifices, et que, dans le cas dont je parle, la mère était tombée sur l'abdomen à une époque où le fœtus était encore fort peu volumineux.

Que peut-on entreprendre dans les circonstances fâcheuses dont je viens de faire l'exposition? Doit-on attendre que la nature se débarrasse d'un corps devenu étranger? ou bien faut-il chercher à extraire le fœtus avant qu'il ait perdu la vie, et s'efforcer ainsi de sauver à la fois la mère et l'enfant? Ces deux questions méritent d'être discutées. S'en fier à la nature, c'est rejeter toute idée de salut pour l'enfant; c'est, pour la mère, attendre une issue fort douteuse, fort dangereuse, et fort souvent funeste. Que de fois, en effet, la mort ne survient-elle pas avant que le fœtus se momifie, ou qu'un abcès se forme! Et dans ce dernier cas, lorsqu'une fistule ombilicale, rectale, etc., permet l'expulsion complète du *détritus* et des os de l'enfant, combien peu de femmes survivent aux douleurs et à l'épuisement qu'entraînent la suppuration, l'inflammation chronique du péritoine et la lésion de viscères importans! phénomènes auxquels il faut joindre encore la résorption des ma-

tières putrides qui résultent de la décomposition des chairs du fœtus.

L'art ne doit donc pas toujours abandonner à leur triste sort les malheureuses chez lesquelles on a reconnu l'existence d'une grossesse extra-utérine ; il reste encore une ressource, l'incision des parois de l'abdomen et du sac qui renferme l'enfant ; mais cette opération, si simple quand un abcès s'est formé, quand une fistule déjà faite n'offre que l'indication d'agrandir l'issue que la nature a créée, cette opération, dis-je, devient bien chanceuse quand tout est intact à l'extérieur.

Tant que l'enfant n'est point à terme, rien ne peut engager à pratiquer l'opération : on n'y aura donc recours que quand une grossesse extra-utérine, bien constatée, sera parvenue à son terme naturel, et que le faux travail se sera déclaré.

Cette opération hardie a quelquefois été couronnée de succès, tant du côté de l'enfant (1) que de celui de la mère : elle n'est pourtant pas aussi simple, aussi facile que beaucoup d'auteurs ont voulu le faire entendre. Une observation de Baudelocque (2) suffirait pour détromper les jeunes praticiens trop présomptueux : on y verrait que ce n'est qu'à travers les deux parois de l'utérus

---

(1) Baudelocque, t. II, p. 488 ; Heim, *Bibl. médic.*, t. LXIII, p. 401.

(2) T. II, p. 472. *Voyez* encore l'observation de Galli, *ibid.*, p. 485, et *Bibl. méd.*, t. XXXV, p. 213.

qu'on est arrivé jusqu'au kyste, et qu'une péritonite promptement mortelle en a été l'unique résultat. Si l'on pouvait acquérir, avec une certitude presque complète, l'assurance de la rupture du sac tubaire; si alors le fœtus était présumé viable; si les signes d'une hémorrhagie interne n'existaient point, on aurait les chances les plus favorables pour pratiquer la gastrotomie. Remarquez que j'ai toujours mis en avant la condition d'une certitude aussi complète que possible; mais on sait que souvent l'incertitude est telle, qu'elle ne permet pas de recourir à ces procédés hardis.

Une circonstance des plus favorables, comme Baudelocque l'a parfaitement senti (1), est celle de la proéminence de la tumeur dans l'intérieur du vagin. C'est par le vagin qu'il faudrait procéder à l'ouverture du kyste; tout se rassemblerait alors pour autoriser l'audace du praticien, et lui assurer le succès de son entreprise, si toutefois le bassin était convenablement conformé (2).

Je ne dis rien de la manière dont on devrait procéder à l'ouverture des abcès, à l'agrandissement des fistules, à l'extraction des os, etc.; tout cela doit varier suivant les circonstances : la

---

(1) Tome II, p. 484.

(2) M. Mondat (*de la Stérilité*) a rapporté l'observation d'une opération semblable, suivie d'un succès momentané.

lithotomie a été nécessitée plusieurs fois par des calculs dont le noyau appartenait aux os d'un fœtus extra-utérin (1). Je crois de même que, dans la plupart des accouchemens par le rectum, opérés par divers chirurgiens, on se serait ménagé de grandes facilités en incisant le sphincter de l'anus; opération qui n'expose point, comme on pourrait le craindre, à l'incontinence des matières fécales, puisque nous voyons tous les jours l'opération de la fistule exempte de cette suite désagréable.

ARTICLE II.

Ruptures utérines.

Cet accident, un des plus graves qui puissent survenir pendant la grossesse ou le travail de l'accouchement, est aussi un des plus fréquens (2), surtout si l'on veut faire entrer en ligne de compte les déchirures de l'orifice utéro-vaginal, qui sont presqu'inévitables dans les premiers accouchemens, même dans les circonstances les plus favorables et les plus heureuses.

Les auteurs et les journaux fourmillent d'exem-

(1) *Voyez* ci-dessus, p. 91, note 4.

(2) Un accoucheur de Paris avait vu, en trente années, seize ruptures utérines. Cette proportion est énorme, quelque considérable qu'on pût supposer la clientèle de cet accoucheur : l'hospice de la Maternité n'en offre guère qu'une ou deux chaque année, et souvent même point du tout.

ples plus ou moins intéressans (1), et dont le grand nombre atteste la fréquence de la rupture utérine. Si surtout on y ajoute la quantité innombrable des cas où l'accident est méconnu, de ceux où il est dissimulé par un accoucheur qui craint de passer pour l'auteur du mal, on n'hésitera pas à approuver l'assertion qui commence cet article.

Comme la rupture de la trompe, celle de l'utérus suppose une distension préalable, et cette distension est généralement due à la grossesse (2). C'est, en effet, en distendant l'utérus, en l'amincissant jusqu'à un certain point, que la grossesse peut être regardée comme cause prédisposante, comme condition indispensable. Ce n'est pas que je croie, avec Mauriceau et autres, que l'utérus s'atténue d'autant plus qu'il s'étend davantage; mais il est vrai de dire qu'il a, pendant la grossesse, un peu moins d'épaisseur, et surtout moins de consistance que dans l'état de vacuité, si ce n'est dans le lieu auquel correspond l'insertion du placenta. L'expérience prouve effectivement que,

---

(1) Nous aurons occasion d'en citer beaucoup. Voici encore quelques sources où l'on pourra en puiser d'autres exemples; MORGAGNI, *ep.* XLVIII, art. 30; *Acad. royale des Sc.*, 1724; VESLINGIUS, SANTORINI, HALLER (*Diss.*), LIEUTAUD (*Hist. anat. med., ex Miscell. Curios*), SCHOLZ, BEHLING, RAYGER, DOLDIUS, MULLER.

(2) Les grossesses doubles y prédisposent plus particulièrement, dit M. Murat (*Dic. Sc. méd.*): l'observation ne m'a point confirmé la réalité de cette assertion.

malgré l'assertion d'un accoucheur moderne (1), ce lieu est généralement à l'abri des ruptures (2).

Il ne faudrait pas croire pourtant, comme Levret et ses disciples, que l'insertion latérale du placenta dispose essentiellement l'utérus à se rompre; mais on peut dire qu'en pareil cas, s'il se rompt, ce sera du côté opposé à l'adhésion de cette masse.

§ Ier. *Causes.* La prédisposition admise, il ne sera pas difficile de nous rendre compte de la manière dont agissent les causes qui décident ordinairement la rupture de la matrice.

1°. Une violence extérieure, surtout une pression exercée, soit à dessein (comme, au témoignage de Crantz, de Gorter était dans l'usage de le faire d'après quelques conseils de Celse), soit par une chute sur l'abdomen (3), ou par quelqu'autre accident extérieur, pourra y donner lieu *pendant la grossesse.* 2°. Pendant *le travail*, une nouvelle disposition s'ajoute à celle que j'ai mentionnée plus haut : c'est la contraction et *la tension* de l'utérus, contraction qui suffit souvent *seule* pour faire éclater les parois de cet organe si son contenu résiste à ses efforts, et à plus forte

(1) Deneux, *Diss. inaug.*, p. 18.

(2) *Voyez* Levret, *Acc. lab.*; Asdrubali, t. iv, p. 108. Stuart et Fried ont remarqué, comme Levret, que l'utérus se développe et s'amincit davantage du côté opposé à l'insertion du placenta (Crantz, p. 66).

(3) Douglas et Imbert, cités par M. Deneux, *Diss. inaug.*, p. 31.

raison si à la résistance se joint un effort expansif. Ainsi le fœtus, lorsqu'il est placé en travers, et qu'on ne se hâte pas de le soustraire aux vives contractions de la matrice irritée par un long travail; ainsi la main d'un accoucheur imprudent ou brutal; ainsi peut-être même les membres du fœtus étendus avec force, aminciront, distendront, déchireront l'utérus. Cette dernière cause était l'objet favori de l'attention des anciens, et ce qui leur avait inspiré cette croyance, c'est le passage fréquent d'une main (1), d'un pied (2), de la tête seule (3) à travers une crevasse de la matrice : circonstance qu'on peut s'expliquer facilement sans recourir à des violences exercées par le fœtus. C'est plutôt à la matrice même, à sa force de contraction, à ses efforts pour raccourcir ses fibres et rétrécir sa cavité, qu'il faut attribuer la déchirure. Une mauvaise position du fœtus (4), un obstacle dépendant des parois du bassin (5), ou du col de l'utérus (6), ou du vagin, rendant inutiles les ef-

(1) Heister, t. ii, p. 72.

(2) Hildanus, *Centuria* iv, *obs.* 57.

(3) *Idem*, *Cent.* i, *obs.* 67. Veslingius, *Synt. anat.*, cap. vii.

(4) *Idem*, *l. c.* Beltrandi *in* Asdrubali, t. iv, p. 107.

(5) Lieutaud, *Hist. anat. med.*, t. i, p. 331; Severin Pineau, *de Not. virg.*, lib. ii, cap. v; Bonet, *Sepulcr.* lib. iii, sect. xxxviii, obs. 2 et 3; *Acad. Sc.*, 1724, p. 52.

(6) Squirrhe de l'utérus. *Voyez* Knoblok *in* Boneto; Bartholin, *cent.* i, *hist.* 94; Hildanus, *cent.* iii, obs. 57. On a vu plusieurs fois l'obliquité seule de la matrice en-

forts du corps de la matrice, résistant à sa pression, reportent sur ses parois mêmes les forces destinées à l'expulsion du fœtus, et en décident ainsi le déchirement. Ce déchirement n'arrive jamais, au moins si j'en juge par mon expérience, avant que les membranes soient rompues et les eaux écoulées. Ce problème, dont Crantz a déjà donné la même solution en prouvant l'imperfection des observations alléguées par ses adversaires (*de Rupto utero*, p. 19), ne présentera aucune difficulté si l'on considère qu'en effet l'utérus vide d'eau acquiert plus de force contractile (1): son épaisseur augmente, il est vrai, mais sa force

---

traîner celle de l'orifice, s'opposer à sa dilatation, et causer l'entraînement, la rupture même d'une portion du col excessivement distendue. Nous reviendrons sur cet accident dans un des suivans Mémoires.

(1) Cependant, en pareil cas même, l'utérus ne se rompt pas toujours. On a vu une femme garder pendant longtemps dans la matrice un enfant mort, quoique les membranes se fussent rompues au moment du travail, et que même depuis une partie des membres du fœtus fût sortie du vagin sous forme de lambeaux putrides. (Bonet, *Sepulchret.*, lib. III, sect. XXXVIII, obs. 4, § IV.) Chez une autre malade, le fœtus s'est progressivement converti, dans l'utérus, en une masse terreuse (Cheselden, *Hist. des Os*, pl. 56). Une troisième mourut trois ans après un travail qui n'avait donné issue qu'à l'eau de l'amnios; le fœtus était pétrifié, en partie adhérent à l'utérus, altéré lui-même. (Bonet, *loc. cit.*, § 1er.) Ce dernier cas ressemble fort à une grossesse extra-utérine mal observée.

s'accroît davantage, car il faut compter pour quelque chose la soustraction de la gêne produite par les eaux : on sait que plus un muscle est distendu, moins il a d'énergie ; en outre, la matrice a sur le fœtus des points d'appui plus solides, des points d'appui dont les inégalités la stimulent en même temps qu'elles font porter à faux certains faisceaux musculaires, tandis qu'elles en soutiennent d'autres. D'ailleurs, il est évident que, lorsque le col utérin est effacé, tout effort de la matrice doit parvenir plus aisément à rompre l'amnios et le chorion que les parois épaisses et charnues de l'organe même. Peut-être n'en est-il pas ainsi des cas de violentes pressions *pendant la grossesse*, et peut-être faudrait-il excepter aussi un cas mentionné par M. Latour (*Hist. des Hém.*, t. 1, p. 20), cas dans lequel l'orifice utérin était, dit-on, oblitéré : si ces cas font exception, avouons du moins que les exceptions sont bien rares.

D'après ce que je viens de dire, on conçoit que si quelque point de la matrice est plus mince (1), plus faible ou plus fragile, s'il est altéré par quelque maladie (2), par une cicatrice, etc., ce point sera éminemment disposé à se rompre : aussi l'orifice utérin, s'il est rigide ou squirrheux, s'il est cicatrisé, se fendra-t-il avec beaucoup de facilité ;

---

(1) Hunter, Delamotte, Camper, Stalpart Van-der-Wiel et Wizel, cités par Crantz, *op. cit.*, p. 9.

(2) Aubery, *Bibl. méd.*, t. xvi, p. 38.

aussi les récidives ne sont-elles pas rares même au fond de l'utérus, quand la guérison a eu lieu, et a-t-on vu quelquefois la rupture s'opérer chez des femmes qui avaient, dans un grossesse précédente, subi l'opération césarienne (1). Mais gardons-nous de croire que de pareilles dispositions se rencontrent chez toutes les femmes qui sont victimes d'une rupture utérine; l'utérus le mieux constitué peut se rompre dans les circonstances dont j'ai parlé (2), et quelquefois l'utérus le plus mince, le plus fragile en apparence soutient sans danger les efforts les plus violens.

Nous avons vu certaines femmes dont l'abdomen, énormément tendu, luisant et lisse, offrait une sorte de transparence; il semblait qu'une mince membrane séparât seule de l'air extérieur l'enfant et l'eau qui l'entoure; il semblait que le moindre effort allait briser cette frêle enveloppe, et cependant, grâces à nos soins peut-être, nulle de ces femmes n'a éprouvé le moindre événement fâcheux.

§ II. *Variétés*. Elles se rattachent à des chefs assez nombreux, comme le siége, la forme, la grandeur, la direction, la profondeur, et surtout la manière dont elles se produisent et s'accroissent.

---

(1) Baudelocque, t. II, p. 466; Schmucker, *Mél. de Chirur.*

(2) Hildanus, *cent.* I, *obs.* 64; Salmuth, *in Sepulchreto*, *l. c.*; Guillemeau, livre II, chap. XIII.

Une différence énorme sépare, sous une foule de rapports, les déchirures du corps et du col de l'utérus d'avec celles de son orifice. Ces dernières, en effet, sont aussi peu dangereuses qu'elles sont fréquentes; nous verrons plus bas quelles conséquences elles peuvent avoir dans certains cas. Les premières paraissent affecter plus fréquemment le col que le corps (1), et on le conçoit aisément si l'on fait attention à la ténuité plus grande, à la moindre résistance de cette portion de l'utérus, et si l'on réfléchit que sur elle portent tous les efforts de l'enfant dépriné par le fond du viscère et les muscles abdominaux. A cela ajoutons encore que cette région de l'utérus est la seule qui puisse appuyer et se couper, en quelque sorte, comme le pensent certains auteurs, sur les bords du détroit supérieur. A part cette considération et celle dont nous avons parlé relativement à l'insertion du placenta, rien de constant ne se remarque par rapport au lieu qui devient le siége de la déchirure. Crantz rapporte des exemples de déchirure en devant, en arrière, sur les côtés. Steidèle, sur cinq cas qu'il cite (2), n'a pas observé deux fois la même disposition. Cependant, malgré l'opinion de quelques personnes, et d'après ma propre expérience, je crois la partie postérieure du col plus exposée que toute autre; vien-

(1) Lieutaud, *Hist. anat. med.*, *ex Actis parisiensibus.*
(2) *In* Asdrubali, *loc. cit.*

nent ensuite la partie antérieure et les parties latérales. Remarquez que cette partie postérieure correspond, d'une part, à l'extrémité inférieure de l'axe de l'utérus et du détroit supérieur, dans le sens duquel agissent les puissances expultrices; et, d'autre part, à l'extrémité supérieure de l'axe du vagin et du détroit inférieur, dans le sens duquel sont ordinairement poussés les instrumens (forceps) ou la main de l'opérateur; remarquez encore que, dans un bassin difforme, le même point appuie sur la saillie sacro-vertébrale, qui est toujours la partie la plus anguleuse, la plus éminente, en un mot, la plus capable d'entamer l'utérus appuyé ou tendu sur elle : aussi la projection de cette éminence est-elle, aux yeux de certains accoucheurs, une cause réelle de rupture (1).

---

(1) Ramsbotham, *Bibl. méd.*, t. XLVIII, page 260; Blegborough, *ibid.*, p. 397; Mme Boivin, *Mémorial;* Denman, *Acc.*, t. II. On a attribué le même effet aux bords du détroit supérieur, aux pubis, et l'on a comparé les accidens qui arrivent alors aux ulcérations gangréneuses du vagin. L'expérience prouve que ces sortes de lésions, quoique réelles, sont néanmoins assez rares. En voici un exemple bien évident : Une femme perd les eaux de l'amnios pendant trois jours, après quoi elle accouche naturellement. Les suites sont d'abord heureuses; mais au huitième jour de la couche, écoulement subit, involontaire et continuel des urines : elles coulent par le vagin; mais le toucher démontre que ce canal est intact, et une sonde, portée

Quant à la forme et à la grandeur des déchirures, rien de plus variable encore. Nous avons vu quelquefois un petit trou, capable d'admettre le doigt, occasioné par une branche de forceps maladroitement poussée; nous avons vu aussi une portion de la matrice détruite ou dilacérée après une distension outrée, ou bien après des manœuvres imprudentes et fréquemment réitérées. Tantôt une simple fente longitudinale se propage du col vers le fond; tantôt une déchirure transversale ou demi-circulaire détache, en quelque sorte, un lambeau, une calotte (1) du sphéroïde utérin, ou même la presque totalité de l'utérus (2). Nous avons senti cet organe offrir vers son orifice cervico-utérin une sorte de fracture transversale, telle que tout son corps renversé ne tenait plus au col que par un tiers de sa circonférence.

Les déchirures de la matrice n'entament pas toujours toute l'épaisseur des parois de l'organe. Fort souvent, par exemple, une fissure de l'orifice, propagée jusqu'au col ou même jusqu'au corps de l'organe, a divisé toute la couche musculaire en laissant intacte la membrane séreuse (3) : c'est sur-

---

dans la vessie, n'est rencontrée par le doigt que dans le col même de l'utérus. La fistule avait plus de quatre lignes de diamètre : elle fut jugée incurable.

(1) Barbaut, tom. II, p. 81; Boxels, *Diss. de grav.*, p. 32 et 35.

(2) Doldius, *in* Crantzio, p. 14.

(3) Murat, *Dict. Sc. méd.*, t. XLIX, p. 228.

tout vers les côtés que j'ai observé de pareilles fissures, et c'était alors la duplicature du ligament large qui recouvrait la plaie et l'empêchait de pénétrer dans l'abdomen, ou mieux dans le péritoine.

Un cas bien plus extraordinaire et dont je ne connais qu'un exemple (RAMSBOTHAM, *Midwifery*, part. 1, p. 406), est celui de la rupture du péritoine à la surface de l'utérus, sans lésion de l'intégrité des fibres charnues sous-jacentes. Certaines dispositions assez singulières pourraient faire prendre le change à cet égard : ce sont les cas assez fréquens mentionnés par Frank, Swieten, Ruysch, et que j'ai fort souvent observés après un travail long et pénible, dans lesquels l'utérus, quoique sans rupture visible, est environné d'une sérosité sanguinolente, et souvent recouvert de caillots. (*Voy.* notre t. II, p. 393, et les *Essais d'Edimb.*, t. IV, p. 564.) Sans doute il existe alors des *éraillemens*, assez considérables quand l'utérus était distendu, invisibles quand il est contracté et resserré sur son centre. Ceci me conduit à faire remarquer que généralement les plaies de l'utérus, telles qu'on les trouve après la mort, ont bien moins d'étendue qu'elles n'en avaient avant l'accouchement ou avant le passage du fœtus dans l'abdomen.

La distinction la plus importante à établir entre les ruptures utérines est relative à la rapidité avec laquelle elles s'opèrent. 1°. Ainsi il en est qui, succédant sans doute à une phlegmasie par cause externe, ou à une dégénérescence des parois de

cet organe (1), à l'éraillement graduel d'une cicatrice (2), ne s'opèrent qu'avec une extrême lenteur, sont souvent précédées de gangrène, et plus souvent encore suivies de suppuration, d'abcès (3), de fistules (4), ou bien du desséchement d'un fœtus passé dans l'abdomen. Remarquons que le plus grand nombre des cas donnés pour tels ne doit être admis qu'avec une extrême défiance. Souvent peut-être des cas de grossesse tubaire, ovarique, ventrale même ont été indiqués comme résultat d'une rupture utérine, uniquement parce qu'une chute, un coup, un accident quelconque pouvaient être soupçonnés comme cause de cet événement présumé. Il est peu de ces observations dans lesquelles on retrouve l'évidence qui caractérise celles de M. Bertrand (*Bull. Soc. méd.*, 1819, n°. 3), qui put s'assurer, d'une manière positive, de la liberté du trajet établi depuis la fistule sous-ombilicale jusqu'au vagin, à travers la cavité utérine. Ces sortes de déchirures méritent le nom de *chroniques*.

2°. Le travail de l'accouchement n'est point une condition nécessaire à la production des entamures dont je viens de parler : nous avons, au contraire,

---

(1) Aubery, *l. c.*

(2) Haumonté, cité par M. Colin, *Bul. Soc. méd.*, 1819, n°. 3.

(3) Baudelocque, t. II, p. 466.

(4) Sprengel, *Hist. méd.*, t. VI, p. 207.

fait sentir plus haut qu'il était presqu'indispensable à celle des ruptures dont il va être question, et nous avons dit qu'elles ne s'opéraient jamais, ou presque jamais, qu'après l'ouverture des membranes; je veux parler des *déchirures* proprement dites: les précédentes mériteraient mieux le titre d'*ulcérations*.

Deux degrés doivent encore être ici distingués : tantôt, en effet, la matrice distendue s'amincit peu à peu, son tissu s'*éraille*, et finit par se diviser, ou bien, comprimé sur le bord de l'excavation pelvienne, ce tissu s'écrase en quelque sorte, et finit, dit-on, par se rompre; tantôt au contraire il semble éclater tout-à-coup.

Le premier cas serait plus convenablement désigné sous le nom d'*éraillement* ou d'*usure* de l'utérus, le deuxième sous celui de *rupture*. On peut encore les distinguer par les qualifications de déchirures *subaiguë* et *aiguë*. Le premier peut être souvent confondu avec les ulcérations, les fistules utéro-vésicales ou utéro-rectales, qui succèdent parfois au détachement des *escarres* gangréneuses qu'engendre une pression long-temps continuée. Ces accidens, en effet, dont le vagin est le siége le plus ordinaire, peuvent aussi frapper l'utérus lorsque la tête, encore retenue au-dessus de son orifice, presse les parois du col contre les pubis ou l'angle sacro-vertébral. J'ai eu sous les yeux des exemples bien confirmés de ces sortes de fistules (*Voyez* ci-dessus, page 105, note 1), et je crois

que l'on doit regarder comme analogues la plupart des faits que les auteurs nous donnent comme des cas de *section* primitive de la matrice par les bords saillans de l'excavation. Il faut cependant aussi bien se garder de l'erreur contraire, et ne pas prendre pour traces de gangrène ces infiltrations profondes, ces ecchymoses qui donnent aux bords de la plaie, et quelquefois à toute la surface interne de l'utérus, une couleur brune et même noire. (Baillie; *Anat. pathol.*) Il faut se rappeler que la gangrène succède d'ordinaire à l'inflammation, et qu'elle ne se développe guère instantanément, et surtout que ce n'est pas instantanément que s'opère le détachement des escarres. D'ailleurs, on voit souvent (surtout dans les cas où le péritoine est resté intact) l'infiltration sanguine se propager au loin dans l'épaisseur des ligamens larges, dans tout le bassin et vers les fosses iliaques, ou même la région lombaire.

§ III. *Symptômes, diagnostic.* Une douleur *fixe*, déchirante, intolérable, surprenant la malade dans un effort, dans une convulsion (1), et quelquefois d'une manière subite, inattendue, ou bien s'accroissant par degrés jusqu'à produire d'inexprimables angoisses, un frisson violent, des lipothymies, une défaillance complète, suivie de gémissemens, de plaintes et de tous les gestes de la douleur, quoique les contractions utérines

(1) Swieten, t. v, p. 398.

paraissent être complètement suspendues (1), ou qu'elles ne se manifestent plus avec autant de force, de régularité qu'auparavant: tels sont les symptômes généralement assignés à la rupture subite (2) et à l'éraillement (3). On sent que la rupture lente et précédée d'une altération morbifique dans la texture de l'organe, doit avoir d'autres caractères, comme ceux d'une phlegmasie chronique, d'une dégénération organique, d'un abcès, etc.

Aux symptômes ci-dessus énoncés se joignent quelquefois l'hémorrhagie, plus fréquente dans le cas de lésion de l'orifice utéro-vaginal (4), le ramollissement (Levret, *Acc. lab.*, p. 190), et la déformation du ventre, qui se remarque seulement quand le fœtus s'échappe de la cavité utérine pour tomber dans l'abdomen.

Tous ces signes sont loin d'être propres et exclusifs à l'accident qui nous occupe: aussi le diagnostic est-il parfois fort difficile, puisqu'on a quelquefois découvert cette lésion à l'ouverture

---

(1) Crantz, p. 21.

(2) Des auteurs (Steidèle, Piet, Behling, Roederer) parlent d'un craquement entendu par les assistans. Cornax a reconnu que ce bruit n'était qu'un borborygme violent.

(3) L'éraillement est ordinairement précédé d'un travail prolongé et accompagné de fièvre.

(4) Leroux, *Pertes de sang*, § 108; Smellie, t. III, obs. II, IX, XVI; Portal, obs. XVI et LXXV; Asdrubali, t. II, p. 235; Lobstein, *Bul. Soc. méd. d'Émul.*, juin 1816.

des cadavres quand la mort avait été imprévue et inexplicable (1). Pour fournir au lecteur des données plus certaines sur ce sujet important, passons en revue les principales affections qui peuvent faire prendre le change et induire en erreur un praticien peu consommé dans son art.

1°. La douleur peut tenir à des crampes dans les muscles, à l'effet direct de la compression des nerfs pelviens, à la distension, à la déchirure des symphyses, à la rupture de la vessie, à des coliques, etc. Cette dernière affection, par sa mobilité même, décèle sa nature et prévient l'équivoque. Quant aux crampes, aux douleurs nerveuses, leur siége, leur direction, la nature même de la douleur (engourdissement, fourmillement et non déchirement) et sa propagation au loin ; voilà des caractères assez positifs mais qui ne chassent pas constamment tous les doutes. La situation de la douleur, son accroissement par les mouvemens du bassin distinguent le déchirement des symphyses. Enfin, la rupture de la vessie (2) produit, à la vérité, des accidens graves (Rams-

(1) Guillemeau, p. 235.

(2) D'ailleurs, j'ai bien observé quelquefois cet accident, mais presque jamais seul et sans rupture de la matrice ou du vagin ; en pareil cas, les symptômes se confondent. La disparition (sans écoulement extérieur) de la tumeur hypogastrique formée par la distension de la vessie, un sentiment de déchirure et d'effusion intérieure, sont des signes caractéristiques de la rupture de ce réservoir.

BOTHAM, *Midwifery*, part. 1, pag. 417 et 419); mais la douleur n'est pas aussi opiniâtre, aussi vive, et elle n'arrête point le cours du travail, si tout est convenablement disposé pour qu'il s'achève.

2°. La suspension du travail ne pourrait donner lieu à aucune erreur quand elle est simple et dépend d'une inertie primitive; mais si cette inertie est causée par une douleur, si surtout elle est due à la réplétion de la vessie, on pourrait soupçonner, non sans quelque vraisemblance, que la matrice a été rompue. La déformation de l'abdomen se joint ici aux autres motifs de présomption; nous avons vu la vessie pleine d'urine et s'élevant jusque vers l'ombilic, donner à l'abdomen un aspect semblable à celui qu'il recevait de l'utérus déjà resserré, lorsque l'enfant, échappé dans l'abdomen, formait derrière lui une tumeur large et irrégulière, et le poussait en avant et en bas, de manière à lui faire présenter un relief arrondi dans la région hypogastrique. Le *cathétérisme* dissipait bientôt cette apparence trompeuse. Une grossesse extra-utérine pourrait aussi déformer l'abdomen, mais rarement offrirait-elle le relief hypogastrique que je viens de mentionner. D'ailleurs les circonstances commémoratives suffiraient pour éclairer l'homme le moins instruit. Je parle ici de la rupture récente, et non de l'ulcération; en pareil cas, en effet, il doit être fort difficile, et il est heureusement

assez indifférent de décider sur la nature précise de la maladie.

3°. Ces mêmes circonstances commémoratives, jointes à l'absence des signes de l'insertion anormale ou du décollement du placenta (*voyez* le 6e Mémoire) feront aisément distinguer l'écoulement sanguin, dû à une rupture, de l'hémorrhagie essentielle.

En général, quelle que soit la cause de l'obscurité du diagnostic, il est un moyen de la dissiper, plus sûr de beaucoup que la considération de tous les phénomènes que je viens d'énoncer; ce moyen, c'est le toucher; le doigt ou la main portés dans l'utérus en apprennent plus que les signes rationnels et anamnestiques; ils apprennent le siége, l'étendue de la déchirure, et font connaître si l'enfant est encore en totalité ou en partie dans l'abdomen. Il est vrai de dire cependant que, lorsque l'enfant est encore dans l'utérus, il peut être fort difficile, et en même temps fort imprudent de porter la main jusqu'à une déchirure du fond de l'organe; mais, après l'accouchement, le toucher n'est jamais dangereux, ni difficile, ni trompeur pour une personne exercée.

De toutes les circonstances dans lesquelles le toucher donne les résultats les plus certains, aucune, au premier abord, ne semblerait devoir l'emporter sur les déchirures de l'orifice; mais cet orifice a éprouvé dans tous les cas une telle distension, une telle déformation qu'il est souvent

difficile de le reconnaître et de s'assurer de son intégrité. Souvent un orifice qui n'a éprouvé d'autre altération qu'une extrême distension flotte dans le vagin; ses lèvres, allongées et flasques, simulent des lambeaux qu'on a pris quelquefois pour des restes de l'arrière-faix et qu'on a mutilés comme tels (Ruleau, *Op. cés.*, p. 63 et 238); son contour irrégulier, mou, inerte, peut paraître dilacéré, tandis que l'expérience nous apprend que bientôt il reprendra, sans aucune suite fâcheuse, sa première disposition, sa disposition normale. Je doute qu'en pareille circonstance le *speculum* du professeur Récamier, si utile à ceux qui veulent tenter la cautérisation des ulcères de l'orifice utérin, puisse être de quelqu'avantage. Tout est mou, flasque, couvert de sang, et plus ou moins contus dans l'état même le plus heureux, et le speculum ne laisserait apercevoir que désordre et confusion; peut-être même ferait-il soupçonner des lésions imaginaires.

Relativement au corps même de l'utérus, il est une erreur dans laquelle pourraient tomber les jeunes praticiens. « La première fois que je portai la main dans l'utérus, disait dans ses cours le professeur Dubois, c'était pour un enkystement du placenta : arrivé dans la cavité du col largement distendue, je sentis une étroite ouverture, et je crus, non sans effroi, reconnaître une déchirure de la matrice. Tout-à-coup le spasme cesse, cette ouverture s'élargit, et je sens qu'elle n'était autre chose que l'orifice interne dont la

constriction retenait le placenta dans une sorte d'arrière-boutique, pour me servir des expressions employées par Peu dans la description de quelques cas analogues. »

§ IV. *Pronostic.* La rupture de quelque partie de l'utérus est toujours un accident grave; les suites en sont bien souvent funestes; mais non pas pourtant aussi constamment mortelles que l'ont cru quelques auteurs. Ces suites, dont nous allons faire l'énumération, varient suivant la disposition, la constitution individuelle, mais plus encore suivant les variétés dont nous avons déjà fait l'exposé: ainsi le siége, l'étendue, la rapidité de la déchirure, doivent nécessairement influer beaucoup sur le pronostic. Ne sait-on pas, en effet, que les déchirures de l'orifice sont souvent sans aucun danger; quelquefois, il est vrai, l'hémorrhagie, l'inflammation, des abcès même, ou une disposition gangréneuse en sont la suite; d'autres fois peut-être des affections chroniques, comme l'ulcération ou le squirrhe, peuvent dépendre d'une telle origine, ou du moins cet accident favorise le développement d'une maladie imminente. Dans certains cas, il en résulte ou des cicatrices peu extensibles, qui gêneront la marche des accouchemens ultérieurs, ou bien des échancrures disposées à s'agrandir dans un nouveau travail. Nous avons déjà dit d'ailleurs que, dans l'accouchement même, une déchirure de l'orifice pouvait se propager au corps de l'organe et peut-être

dans l'abdomen, soit que les épaules accroissent une lésion causée par la tête du fœtus, soit que la main de l'accoucheur ou ses instrumens, portés à diverses reprises dans l'utérus, augmentent chaque fois ce qu'une première tentative avait occasioné. De tels accidens devaient être fort ordinaires dans un temps où l'on conseillait encore la dilatation forcée d'un orifice à peine ouvert; et nous avons, dans le premier Mémoire, parlé des dangers de cette méthode. Nous avons, dans le même lieu, fait mention des dangers d'une application peu méthodique du forceps, et nous avons fait voir comment ses bords pouvaient échancrer, couper l'orifice, et même porter des atteintes plus profondes au col, au corps même de la matrice.

Ces dangers sont réels sans doute, mais non comparables à ceux qui résultent d'une lésion directe du col ou du corps de la matrice, surtout si cette lésion a ouvert une communication avec l'abdomen, et si l'enfant a pénétré dans cette cavité, soit seul, comme c'est l'ordinaire, soit avec le placenta, ce qui est plus rare, soit enfin avec toutes ses enveloppes comme Ramsbotham en cite un exemple (*Midwifery*, part. 1, pag. 406).

Dans ce dernier cas, fort souvent on ne peut l'extraire que par une opération des plus graves, ou bien sa présence entraîne les accidens les plus redoutables, le trouble général des fonctions, l'inflammation et la mort; ou bien, si le passage s'est effectué lentement et par une sorte d'ulcération,

des abcès, des fistules, des suppurations énormes, l'épuisement et le marasme en sont la suite. Quelquefois sans doute ces abcès, ces fistules sont suivis de guérison, et dans les cas même les plus fâcheux, les accidens sont moins rapides, moins effrayans, moins décourageans que dans la rupture brusque ou l'éraillement. Ces deux sortes de lésions sont en effet rarement terminées par une guérison, quoiqu'elle ne soit pas sans exemple, comme on le voit par la lecture de certains auteurs (1), et comme le prouveront quelques observations annexées à ce Mémoire. Le plus souvent une mort prompte en est la suite; et tantôt on ne peut en accuser qu'un trouble universel, que l'excès de la douleur et l'affaissement qui accompagne toute blessure d'un organe important; tantôt c'est un écoulement extérieur ou un épanchement intérieur de sang échappé aux veines dilacérées (2); tantôt ce sont des acci-

(1) Après gastrotomie, *Journ. compl.*, décembre 1819; Schmucker et Lair Corigny, cités par Deneux, p. 72. Après accouchement naturel, Rung *in* Heistero, Douglas, Stacton (*Soc. méd. Lond.*, t. iv), et sept à huit autres cités par MM. Deneux (*Thèse*) et Murat (*Dict. des Sc. méd.*)

(2) Cette hémorrhagie, selon Asdrubali, est plus à craindre dans les lésions de la partie postérieure, à cause de l'abondance des vaisseaux dans ce point. J'ai vu une hémorrhagie, que rien ne put arrêter, causer la mort en quelques heures; une déchirure latérale de la partie inférieure de l'utérus avait entraîné celle d'une grosse veine et de plusieurs petites. (*Voyez* les *Obs. partic.*)

dens moins rapides ; c'est l'inflammation de la matrice, du tissu cellulaire ambiant, du péritoine ; ce sont des abcès ou bien la gangrène qui font périr les malades après des souffrances plus ou moins prolongées (1). Dans quelques cas on a pu regarder comme une circonstance aggravante l'étranglement des intestins sortis par la déchirure (2) : je les ai quelquefois trouvés dans le vagin ; mais je n'ai jamais vu que la plaie qui leur livrait passage se fût resserrée sur eux : on en conçoit cependant la possibilité.

La gravité de ces suites, le fâcheux caractère de ces lésions n'étonneront pas ceux qui savent de quels événemens ont été suivies la plupart des atteintes portées à l'utérus, soit qu'il ait été blessé à travers les parois abdominales, soit qu'il ait été retranché en tout (3) ou en partie (4), déchiré (5), cautérisé, étranglé par une ligature (6) ou par la

---

(1) Fleury, *Soc. méd.*, t. IV, p. 268 ; Toutau et Beauregard, *Journ. Méd.*, t. LXXIX, etc.

(2) Rung *in* Heistero, t. II, p. 728 ; Percy, cité par Murat.

(3) Palletta, *Revue méd.*, janvier 1823.

(4) Zacutus, Osiander, Dupuytren, Laumonier, Baudelocque. Il y a pourtant quelques exemples de succès ; mais ils sont bien peu nombreux.

(5) *Revue méd.*, avril 1823.

(6) Allan et Piet, *Soc. méd.*, floréal an 6 ; Goulard, cité par Levret ; Ledran, *Acad. Sc.*, 1732. M. Dubois l'a tentée ; mais il a enlevé le fil après quelques jours, à cause des accidens graves qu'il occasionait.

vulve. On cite bien quelques guérisons obtenues après une blessure (1), après la gangrène (2) et la chute de l'utérus, après le retranchement (3), par la ligature ou le bistouri, d'un utérus renversé, enfin après la section césarienne; mais combien sont rares ces exemples si on les compare aux cas dont l'issue a été contraire! et encore n'ignore-t-on pas que bien des fois un polype a passé pour l'utérus renversé, et a été extirpé comme tel.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que de la mère; mais, par rapport à l'enfant, le pronostic n'est guère moins défavorable. 1°. Si l'altération de l'utérus est lente, chronique, le fœtus passe infailliblement dans l'abdomen; et là, si l'on en excepte quelques cas fort rares (Obs. de PATUNA), il périt d'ordinaire. Quand des abcès se forment au-devant de l'abdomen (4) ou dans le rec-

---

(1) Par la corne d'un taureau (DENEUX, *Thèse*), par un trois-quart (SIMMONS, *Ann. litt. médic. étr.*, tom. II, pag. 460.)

(2) ELMER, *ibid.*, t. VI, p. 676; ZUINGER, *Act. nat. Cur.*, t. I, *obs.* 86; RULEAU, p. 238.

(3) SAUTER, *Revue méd.*, mai 1823; WINDSOR, *ibid.*, septembre 1823; BAXTER, *Ann. litt. méd. étr.*, t. XV, p. 578 (fait douteux); VIEUSSENS, *Tr. des lig.*, p. 379; PARÉ, *de la Génération*, liv. XLV; FÉLIX PLATER, *Obs.*, lib. III. M. Chaussier a constaté un fait semblable, ainsi que l'atteste une lettre de lui, que j'ai retrouvée dans les papiers de Mme Lachapelle.

(4) BLONDIN *in* CRANTZIO, p. 3; BOCHARD, *Journ. de Méd.*, t. V, p. 422; MAURICEAU, CORNAX, MAURITANUS

tum (1), le fœtus n'en sort qu'en lambeaux putrides, et souvent os par os. Ces fœtus sont ordinairement peu volumineux, ce qui indique qu'ils ont péri de bonne heure.

2°. Quand la rupture est rapide, l'enfant peut quelquefois traverser en outre et brusquement les parois de l'abdomen, auparavant saines (SWIETEN, tom. IV, pag. 542), ou bien affaiblies par une cicatrice (COLLIN, *Soc. méd.*, tom. VI, pag. 335); il peut, dit-on, déchirer le rectum et s'échapper par l'anus (2) (*Rev. méd.*, mai 1823). Plus souvent encore on le voit passer dans l'abdomen (3); et si l'on tarde alors quelques instans à pratiquer la gastrotomie, il y périt inévitablement (4), parce que le placenta, resté dans l'utérus qui se resserre, se détache nécessairement, que le cordon est gêné, comprimé par les lèvres de la plaie, par les viscères, par le corps même du fœtus pressé de toutes parts, et enfin que l'utérus lésé éprouve dans sa

---

CORDOEUS, etc., cités dans *Bull. Fac. méd.*, t. VI; BERTRAND, *ibid.*, p. 321.

(1) LITTRE, *Acad. Sc.*, 1720; BONET, *l. c.*, § 2; GAULAY, *Bibl. méd.*, t. XLV, p. 368.

(2) Il me paraît fort probable que dans les deux cas que l'on en cite, il y a eu rupture, non de la matrice, mais bien du vagin. Est-il même bien sûr que l'enfant ait passé par l'anus? (*Voyez* l'article 4e.)

(3) *Voyez* les nombreuses citations données avec détails par HEISTER, t. II, p. 726.

(4) *Voyez* BEST, *Ann. litt. méd. étr.*, t. II, p. 282.

circulation un trouble qui ne permettrait plus au placenta de remplir ses fonctions quand même il ne serait pas décollé. Ajoutez à cela que, si le fœtus n'a pas passé en totalité dans l'abdomen, si l'on veut l'extraire par la voie naturelle, les difficultés et les dangers seront bien grands pour lui, et que rarement il y pourra survivre.

3°. Enfin quand la rupture n'a pas laissé passer l'enfant hors de l'utérus (1), l'absence des douleurs, l'inertie utérine, le laisseraient nécessairement périr dans la matrice si l'art ne venait à son secours; et dans ce cas même, il court tous les risques que nous avons signalés dans le premier Mémoire à l'article de la version du fœtus.

§ V. *Indications* et *traitement*. Les auteurs qui ont traité spécialement de la rupture utérine ont parlé d'un traitement préservatif; mais s'il est vrai que les signes précurseurs de cet accident sont nuls dans la majorité des cas, il est certain que, ne pouvant être prévenu de l'imminence du mal, on ne peut chercher à s'opposer à sa production. Ce n'est que chez des femmes dont l'utérus paraît fort mince, fort tendu, chez celles qui peuvent porter dans cet organe quelque squirrhosité ou cicatrice, qu'on doit être en garde contre un tel événement. Je ne sais jusqu'à quel point les saignées, recommandées par Levret et par Crantz, son élève,

(1) Lieutaud, *Hist. anat. méd.*, t. I, p. 330, etc.; Amussat, *Bibl. méd.*, t. LXVII, p. 362.

peuvent être utiles alors : peut-être amortissent-elles la violence des contractions; mais un bandage convenable, le soin d'arrêter les efforts inconsidérés de la femme, et plus que tout cela la prompte terminaison de l'accouchement opérée dans les conditions et avec les ménagemens nécessaires, me paraissent devoir être d'une utilité bien plus réelle. Quand un obstacle indélébile s'oppose à la sortie du fœtus, il ne reste plus qu'un moyen de prévenir la rupture, c'est l'opération césarienne : ce moyen, qui substitue à une plaie irrégulière une section moins dangereuse, sera apprécié dans un des Mémoires suivans.

Lorsque l'événement a eu lieu, la femme, avons-nous dit, n'est pas toujours pour cela dans un état désespéré; il est encore quelque chose à tenter pour lui sauver la vie et pour mener à bien cette lésion grave, mais non essentiellement mortelle. De même que le pronostic, les soins que l'accident requiert sont relatifs au siége, à la profondeur de la lésion, à sa rapidité et aux effets, aux suites qui en dépendent. Et d'abord les déchirures de l'orifice exigent rarement un traitement particulier : quelquefois cependant une hémorrhagie assez abondante pour mettre en danger la malade force d'opérer le tamponnement simple ou accompagné de lotions astringentes. Ce procédé suffit d'ordinaire pour mettre fin aux accidens (1). Si

(1) SMELLIE, t. III, p. 169.

l'inflammation, la gangrène, la suppuration s'ensuivaient, les bains, les injections simples ou amères, et les anti-phlogistiques ou les toniques en boissons seraient assez positivement indiqués. L'ulcération, toujours suivie du passage de l'enfant dans l'abdomen, ne peut, ce me semble, offrir aucune indication positive qu'autant qu'un abcès s'est formé vers un point quelconque des parois abdominales ou vers le rectum; l'indication est alors la même que celle des cas semblables qui résultent de la rupture des trompes distendues par une grossesse extra-utérine.

Quant à la rupture aiguë ou subaiguë, si la lésion n'a pas été jusqu'au péritoine, on doit s'en tenir aux soins de propreté et à l'usage des anti-phlogistiques, absolument comme pour les fissures de l'orifice utéro-vaginal. Si ces ruptures sont suivies de fistules utéro-vésicales ou utéro-rectales, il est ordinairement impossible d'en obtenir la guérison; peut-être cependant, par l'usage d'une sonde à demeure dans le premier cas, par celui des lavemens dans le deuxième, parviendrait-on à favoriser la cicatrisation ou plutôt l'agglutination des bords d'une plaie peu considérable et sans perte de substance; mais si la rupture communique dans l'abdomen, de nouveaux accidens peuvent se montrer et de nouvelles indications s'établir. Si l'enfant est encore contenu dans l'utérus et que le bassin soit libre, il faut l'extraire aussitôt que possible, ainsi que le pla-

centa, en mettant en œuvre toutes les précautions convenables pour ne point agrandir l'ouverture déjà faite. Cette opération terminée, soit que l'art en ait été seul auteur, soit que la nature ait tout fait, on doit s'assurer qu'aucune portion d'intestin n'a franchi la déchirure, et n'est étranglée par elle : si cette circonstance se rencontrait, et que l'on ne pût réduire l'intestin, il faudrait bien, comme le conseille Baudelocque, en venir à l'opération de Pigrai, c'est-à-dire, faire à la ligne blanche une incision capable d'admettre deux doigts destinés à retirer de bas en haut l'intestin engagé. Je doute qu'on soit souvent réduit à cette extrémité. Si la femme résiste aux premiers accidens, il faut chercher à prévenir l'inflammation de l'utérus et du péritoine : les saignées, autant que le permettront l'épuisement des forces et la quantité de sang perdue par la déchirure, les bains, les boissons adoucissantes, les cataplasmes, la diète, etc., telles sont les médications qui se présentent naturellement à l'esprit, et par le moyen desquelles nous avons quelquefois obtenu un entier succès.

Dans les cas où l'enfant a traversé la blessure, et se trouve dans la cavité du péritoine, de nouvelles difficultés se présentent, et les indications sont encore variables, suivant quelques circonstances. Ainsi, l'enfant a-t-il pénétré tout entier dans l'abdomen, de manière à ce qu'on ne puisse plus, sans agrandir la plaie de l'utérus, aller à la recherche des pieds ; le passage est-il récent

et l'enfant présumé vivant; enfin, le bassin est-il mal conformé (Boer), ou la plaie devenue beaucoup trop étroite pour que l'enfant la puisse traverser de nouveau; voilà trois circonstances dont chacune en particulier me semble exiger qu'on pratique sur-le-champ la gastrotomie (1). C'est seulement quand l'enfant est mort, quand le bassin est bien conformé, la plaie large, les pieds facilement accessibles ou encore contenus dans la matrice ou le vagin, qu'on doit l'extraire par la voie naturelle. (Delamotte, p. 1193, *et autres.*) Si tout le corps avait passé dans l'abdomen de la mère, ainsi qu'on l'a vu quelquefois, tandis que la tête remplirait le vagin et l'excavation du bassin, nul doute que, vivant ou mort, l'enfant ne dût être extrait au moyen du forceps. A part toutes ces circonstances, l'enfant même eût-il cessé d'exister, il me semble qu'on doit pratiquer la gastrotomie quand on voit trop de dangers et de difficultés à l'extraction par la voie naturelle, et que la mère conserve assez de vigueur pour qu'on puisse espérer de la sauver (2).

---

(1) On est quelquefois ainsi parvenu à sauver la mère et l'enfant. *Voyez* Lambron, cité par Deneux, p. 70.

(2) Exemples : *Bibl. méd.*, t. xxxvii, p. 230 ; Thibaut, *Journ. méd.*, mai 1768 ; Dumay, cité par Baudelocque, *Opér. césar.*, p. 58. Une femme subit deux fois la gastrotomie pour une rupture utérine, et après une troisième grossesse, elle accoucha spontanément. Lassus, *Journ. méd.*

Mais quand la mère est agonisante et l'enfant présumé mort, l'art doit-il compromettre ses ressources, et ne vaut-il pas mieux attendre que la mort de la femme permette d'opérer sans se rendre en quelque sorte coupable d'un meurtre? Mon opinion est pour l'affirmative.

De ce que je viens de dire, on peut conclure combien il est souvent utile de savoir à quoi s'en tenir sur la vie ou la mort du fœtus. On sait combien sont vagues les signes donnés par tous les auteurs : il en est un qui, s'il n'est pas infaillible, offre du moins plus de certitude qu'aucun autre : ce signe précieux est fourni par l'auscultation immédiate, découverte du professeur Laennec, que M. de Kergaradec a eu l'heureuse idée d'appliquer à l'utérus distendu par la grossesse. Certes, toutes les fois qu'on entendra les battemens précipités et doubles du cœur du fœtus passé dans l'abdomen, comme on les entend quand il est renfermé dans la matrice, il ne restera aucun doute sur son existence. En sera-t-il de même en sens contraire toutes les fois qu'on ne pourra parvenir à entendre ces battemens? Il serait, je crois, par trop téméraire de prononcer que le fœtus a cessé de vivre d'après cette seule donnée; mais elle pourra du moins contribuer, avec les autres signes, à éclairer le diagnostic.

ARTICLE III.

Ruptures vaginales.

Les lésions de ce canal, moins graves en général que celles de l'utérus, quoiqu'on ait inconsidérément avancé la proposition contraire, sont cependant encore assez importantes, et elles donnent quelquefois lieu à des accidens qui mettent la sagacité du praticien et la santé des femmes à de rudes épreuves. Les déchirures de ce conduit sont assez fréquentes, surtout si l'on comprend sous ce titre les lésions causées par d'imprudentes manœuvres. Quant aux déchirures spontanées, je les crois moins ordinaires que celles de la matrice, et là-dessus je m'en rapporte uniquement à mon expérience; car je ne doute point que plusieurs fois des accoucheurs inattentifs n'aient confondu l'une et l'autre lésion, et qu'il ne faille se défier des calculs que l'on baserait uniquement sur les observations des auteurs, et des anciens surtout.

Bien des particularités énoncées ci-dessus au sujet de la rupture utérine sont applicables à l'histoire de la rupture vaginale; les causes, le mécanisme sont tellement semblables que je crois pouvoir me dispenser de les rappeler, faisant remarquer seulement, 1°. que le vagin, étant plus voisin du dehors, est plus exposé à l'atteinte des instrumens poussés par une main maladroite; 2°. que, n'étant point ou n'étant que peu contractile, il

ne doit point se rompre par sa propre énergie ; 3°. que, par cela même, il reste quelquefois fort long-temps distendu par la tête du fœtus ; que, pressé sur les parties osseuses qui l'environnent, il est plus exposé à se gangrener ; 4°. qu'enfin, distendu en largeur par la tête de l'enfant, il cesse d'être extensible dans sa longueur, et qu'il peut alors se rompre en travers ou se séparer de la matrice si l'on vient, par un procédé quelconque, à repousser au-dessus du détroit supérieur la tête sortie de l'utérus.

Relativement à la manière d'agir de ces diverses causes, je distinguerai deux genres de lésions du vagin : 1°. les ruptures subites ; 2°. les ruptures lentes et succédant à la gangrène.

§ Ier. Les différences principales que peuvent offrir *les ruptures subites* ou *aiguës* dépendent particulièrement de la région qu'elles affectent. Tantôt, en effet, c'est à la partie supérieure du vagin qu'elles s'opèrent, et alors elles sont plutôt transversales : c'est ce qu'on appelle *décollement de l'utérus et du vagin ;* quelquefois on remarque là des ruptures longitudinales, étendues ou propagées du col de l'utérus au vagin (1), lesquelles n'ont sans doute été dans l'origine que de simples fissures de l'orifice utéro-vaginal.

Les déchirures de la partie postérieure du vagin ont ceci de particulier, 1°. qu'elles pénètrent dans

(1) Amussat, *l. c.*

la cavité abdominale si elles ont lieu dans le tiers supérieur; 2°. qu'elles peuvent se propager jusqu'au rectum, dans le tiers moyen; 3°. enfin jusqu'au milieu du périnée, dans la partie inférieure (1).

Celles de la paroi antérieure communiqueraient difficilement avec l'abdomen; mais elles pourraient envahir, en haut le bas-fond de la vessie (2), en bas l'urètre.

Le toucher fait reconnaître ces diverses lésions; mais il est aussi d'autres symptômes ou plutôt d'autres accidens qui les annoncent également par des signes plus ou moins funestes. Je ne parle pas ici de la douleur, de la sortie de l'urine, des matières fécales; ces accidens sont plus ordinaires après la formation d'une fistule gangréneuse, et nous nous en occuperons plus bas. Je veux parler ici du passage de l'enfant dans l'abdomen et de l'hémorrhagie, soit externe, soit interne.

Dans quelqu'endroit que le vagin soit rompu, si l'ouverture pénètre dans l'abdomen, il peut arriver qu'un enfant, poussé par l'utérus en contraction, au lieu de s'enfoncer dans l'excavation s'échappe dans la cavité péritonéale; on a même vu, en pareil cas, la tête rétrograder, et l'enfant, auparavant accessible au doigt de l'accoucheur, échapper dès-lors totalement à ses recherches (3).

---

(1) *Voyez* l'article suivant.

(2) Saucerotte l'a vu: une fistule s'en est suivie.

(3) Saviard, Douglass suivant Goldson, Van-der-Wiel suivant Boer. (*Med. obst.*, pag. 24.) *Voyez* encore un

Je ne reviens point sur les signes qui annoncent cet événement, sur les sensations de la femme, sur la forme du ventre, sur le toucher, détails exposés dans l'article précédent. Je ne dirai rien de la possibilité du prolapsus de quelques portions d'intestin, phénomène rare, parce que le fœtus fait obstacle à leur déplacement (1). Je renvoie sur tous ces points à ce que j'en ai dit plus haut, et je me bornerai à avertir que, pour peu qu'on ait l'espoir d'atteindre, à travers la déchirure, les pieds de l'enfant, on doit préférer l'extraction directe (2) à l'affreuse opération de la gastrotomie, et l'on doit le faire avec plus d'assurance que lors d'une rupture utérine, 1°. parce que le vagin n'étant pas contractile diminuera beaucoup moins la largeur de sa blessure, et permettra un élargissement plus facile; 2°. parce que, quand même ces tentatives agrandiraient la déchirure, cet agrandissement est, sous tous les rapports, moins dangereux que la gastrotomie; car il n'en est pas, je l'ai déjà dit, du vagin comme de l'utérus. Les plaies du vagin peuvent bien donner lieu à des inflammations graves; mais elles offrent

---

exemple, *Bibl. méd.*, tom. LXX, pag. 125. Dans ces quatre exemples, dans celui de Goldson même et dans ceux qui sont propres à Boër, la mort des deux individus a suivi l'événement.

(1) Rupt. vaginale, sortie et gangrène des intestins, guérison avec fistule stercorale. Voy. *Bibl. méd.*, t. LXXV, p. 403.

(2) C'est ce qu'a fait Goldson. (*Journ. de Londres*, 1787.)

aussi beaucoup de chances de guérison, et voilà pourquoi le professeur Dubois soutient que, dans la majeure partie des guérisons observées dans le cas de rupture utérine, il y a eu erreur, et que l'on n'avait affaire qu'à des lésions du vagin (1).

L'hémorrhagie peut accompagner toute déchirure du canal dont je parle, soit que le sang s'écoule par la vulve, soit qu'il s'épanche dans le péritoine : sous ce double point de vue, je n'aurai rien à dire de plus que ce qu'on a pu lire dans l'article qui précède ; mais il est une disposition spéciale et peut-être exclusive au vagin, qui donne lieu à une hémorrhagie toute particulière.

Cette disposition consiste dans une structure variqueuse ou fongueuse plus ou moins étendue, qui n'est, en quelque sorte, que l'exagération de l'état normal. On sait, en effet, combien ce conduit est vasculeux ; on sait qu'un réseau veineux, une sorte de corps caverneux l'environne et le constitue presqu'en totalité. Il n'est donc pas étonnant que les veines acquièrent parfois un volume et une mollesse comparables à ceux des tumeurs hémorrhoïdales, et il l'est moins encore que les veines ainsi altérées se déchirent pendant le travail de l'accouchement. C'est donc après la sortie de l'enfant (2) que ces sortes d'hémorrhagies doi-

---

(1) Exemple : *Bibl. méd.*, tom. LXXV, p. 396.

(2) *Voyez* cependant, dans la note suivante, une exception à cette règle.

vent se déclarer, et c'est alors, en effet, qu'elles s'observent sous deux formes bien distinctes. 1°. Ou bien le sang s'écoule au dehors; mais il n'y a pas inertie de l'utérus, mais le col de cet organe est sans fissure ; un simple tamponnement ou des bourdonnets imbibés de liquides astringens suffisent pour arrêter une semblable perte. 2°. Ou bien les varices s'étant trouvées plus rapprochées de l'extérieur que de l'intérieur du canal, la rupture est couverte encore par la membrane interne du vagin, et le sang s'infiltre dans le voisinage. L'infiltration peut même avoir lieu quoiqu'il y ait déchirure à la membrane muqueuse ; et, dans ce cas, comme l'a vu Boër (1), qui, l'un des premiers, a appelé sur cet accident l'attention des accoucheurs ; dans ce cas, dis-je, il y a à la fois hémorrhagie externe et formation d'un thrombus. Rien de plus effrayant que le tableau qu'en trace l'auteur que je viens de nommer, et ce tableau n'est que trop fidèle. Le vagin est aplati par la tuméfaction ; la grande lèvre du côté malade ne forme plus qu'un sac énorme, tendu, livide ; la fesse même en est déformée; l'urine et les excrémens

(1) *Med. obst.*, pag. 318. Dans toutes ses observations il existait à la muqueuse vaginale une ouverture susceptible d'admettre le doigt. Toutes étaient à droite : une seule femme a guéri. M. Sédillot rapporte un exemple de thrombus aux deux grandes lèvres survenu avant l'accouchement, déchiré avec les doigts et vidé ainsi. Les suites de ce procédé violent furent heureuses. (*Fac. Méd.*, t. III, p. 460.)

sont retenus par cet amas de sang qui remplit tout le tissu cellulaire pelvien, et dissèque ou sépare tous les organes que contient l'excavation, comme le démontre l'ouverture des cadavres.

Une telle perte de sang ne peut manquer de porter un coup funeste à une femme délicate; et si celles dont la constitution est plus robuste supportent les premiers accidens, c'est pour succomber à l'inflammation des tissus pelviens, ou aux phénomènes de putridité, de suppuration qui succéderont à l'ouverture des foyers. Le pronostic n'est pas toujours aussi fâcheux; le sang peut s'épancher en quantité médiocre, et une incision à la grande lèvre, lui procurant une prompte issue, préviendra quelquefois les funestes suites dont je viens de parler (1). Si après cette incision le sang coulait avec abondance, on suivrait avec avantage le judicieux précepte du docteur Legouais (*Dict. Sc. méd.*), qui consiste à tamponner fortement le vagin pour comprimer, de dedans en dehors contre les parois du bassin, les vaisseaux ouverts.

§ II. *Les ruptures lentes, chroniques,* ou plutôt les ulcérations qui succèdent à des escarres gangréneuses pénètrent rarement, peut-être jamais, dans la cavité du ventre; mais elles communiquent fréquemment avec celle des organes voisins, du rectum, de la vessie, de l'urètre.

Les fistules recto-vaginales résultent quelque-

(1) *Voyez* MAURICEAU, *obs.* 29 et 404.

fois, ai-je dit, d'une rupture subite, soit que le périnée soit en même temps dilacéré, phénomène dont il sera question dans le quatrième article, soit qu'il n'aït été rompu qu'en arrière, l'enfant ayant (chose difficile à croire) passé par le rectum; soit enfin qu'il ait résisté, et que l'enfant soit né par la voie ordinaire, événement dont j'ai été témoin après une application de forceps cependant fort bien dirigée (1). Ces fistules résultent bien plus souvent d'une ulcération gangréneuse, syphilitique ou autre; elles sont le plus souvent incurables : cependant on cite quelques exemples de la guérison de cette dégoûtante infirmité (2), qui, outre l'éloignement qu'elle inspire pour celles qui la portent, expose encore ces malheureuses au délâbrement de leur santé, par suite d'une diarrhée fort ordinaire en pareil cas, et dont les produits s'échappent involontairement.

Les fistules urinaires sont beaucoup plus fréquentes, et malheureusement plus incommodes encore, lorsqu'elles occupent le bas-fond de la vessie, qui, selon Puzos, est beaucoup plus fré-

---

(1) Baudelocque la regarde comme possible : M. Sédillot en a rapporté un exemple.

(2) Ruysch (*obs.* 59). M. Cullerier a fait faire dans cette vue un instrument destiné à comprimer le pourtour de l'ouverture, et à fermer celle-ci, tant du côté du rectum que du côté du vagin. Cet instrument lui a réussi une fois à ma connaissance.

quemment lésé que l'urètre (1). L'urine qui s'en écoule sans interruption mouille continuellement les malades, et les urinaux proposés pour en empêcher l'effusion ne peuvent prévenir l'excoriation des organes génitaux (2). Ces fistules m'ont toujours paru incurables quand elles avaient une grande largeur, quand une sonde portée dans la vessie était facilement rencontrée par le doigt porté dans le vagin. Plus petites, ces fistules ont quelquefois guéri spontanément et sans recourir à la sonde en permanence, moyen que l'expérience nous a prouvé être inefficace dans des cas plus graves (3). Les fistules de l'urètre, désagréa-

(1) « La perforation se fait toujours au col de la vessie, et presque jamais à l'urètre... Le poids de l'enfant sur la vessie, etc., la font descendre assez considérablement pour que l'urètre soit jetée au dehors. » (pag. 136). Il en cite deux exemples constatés par l'autopsie.

(2) Un cancer des organes génitaux a été attribué à cette cause. (Gravis, *Thèse*, 1822, p. 17.)

(3) On a guéri, sans cette précaution, des plaies faites dans l'intention d'extraire un calcul. (Clémot, *Bibl. méd.*, tom. LIX, pag. 208.) Remarquons qu'une plaie régulière doit toujours mieux guérir qu'une ulcération ou une déchirure. Cependant vous trouverez un cas de guérison dans Hildanus, cité par Gravis, *Thèse*, 1822, p. 18. « On voit quelquefois, dit Mauriceau, de ces sortes de fistules, quand elles sont petites et qu'elles ne viennent pas d'une totale destruction du col de la vessie, guéries peu à peu entièrement dans la suite, après avoir souffert durant quatre à cinq mois cette infirmité. » Il en donne deux observations. (*Nouv. obs.*, nos 46 et 88.)

bles à cause de l'épanchement de l'urine dans le vagin lors de leur émission, permettent du moins à la femme de ne les rejeter qu'après une accumulation convenable; d'ailleurs, ces fistules, n'étant point continuellement abreuvées par l'urine, peuvent guérir lors même qu'elles ont une assez grande étendue : nous en avons eu quelques preuves. Je dois faire une remarque relative au diagnostic : c'est que dans certains cas de paralysie du col de la vessie ou de la vessie même (regorgement), accident qui n'est pas rare après un travail prolongé, on peut croire à tort à l'existence d'une fistule vésico-vaginale. La femme étant couchée sur le dos, l'urine, qui coule goutte à goutte hors du méat urinaire, descend dans le vagin, s'y amasse, et en sort ensuite comme si elle y avait été immédiatement déposée. Cette incommodité disparaît spontanément en quelques semaines, et peut-être a-t-on cru quelquefois en pareil cas à la guérison d'une fistule urinaire. On évitera toujours cette erreur en sondant la vessie, qu'on ne trouvera jamais alors aussi vide que quand il existe une fistule.

Je dois aussi rappeler que, après un accouchement long et pénible, on ne peut être sur ce sujet dans une sécurité parfaite qu'après un temps assez considérable pour permettre la chute des escarres gangréneuses, s'il s'en est formé quelqu'une. C'est alors seulement que s'observe l'incontinence des matières fécales ou de l'urine, et

quelquefois depuis son accouchement, la femme avait été pendant cinq, huit, dix jours même sans inquiétudes à cet égard; dans d'autres, au contraire, la fistule s'est décélée dès le deuxième jour. Il existe des variations non moins remarquables dans la facilité qu'ont les femmes à contracter cette affection. Cinq à six heures de pression sur la vessie suffisent, chez quelques-unes, pour en gangrener les parois, tandis que plusieurs jours sont nécessaires chez quelques autres.

ARTICLE IV.

Ruptures vulvaires et périnéales.

Soit de la part du fœtus, soit de la part des personnes qui cherchent à aider à son expulsion, la vulve est évidemment exposée à des violences auxquelles les tissus qui l'environnent ne résistent pas toujours. Des déchirures, variables pour le siége, pour l'étendue, pour la disposition, peuvent résulter de ces violences et offrir des suites plus ou moins fâcheuses. Jamais, il est vrai, ces sortes de lésions n'entraînent directement la mort; mais quelles affreuses incommodités n'en résulte-t-il pas quelquefois! Parcourons rapidement chacune des parties qui peuvent être isolément lacérées.

L'hymen, quand il existe encore, des brides, des cicatrices, sont souvent déchirés dans le travail de l'accouchement; nous avons vu un lambeau

de la membrane interne du vagin ou des grandes lèvres être entraîné au dehors et rester ainsi pendant jusqu'à ce que nous l'eussions retranché par excision ou par ligature. Nous avons vu cette même opération nécessitée par le déchirement presque complet d'une des nymphes (1), qui ne tenait plus aux autres parties que par un étroit pédicule. La cuisson, l'inflammation, la suppuration, puis la gêne produite par un corps flottant hors des lèvres du pudendum, voilà les seuls accidens qui résultent de ces lacérations. Quelquefois même un lambeau, qui semble volumineux dans les premiers jours des couches, se réduit peu à peu, à mesure que le gonflement de la vulve se dissipe, à de si petites dimensions qu'on l'aperçoit à peine, et qu'on ne doit plus penser à l'enlever.

Il est une autre partie plus exposée encore aux ruptures, et qui reste rarement saine après un premier accouchement, à moins que la vulve ne soit naturellement très-ouverte : cette partie est la fourchette ou commissure postérieure des grandes lèvres. Un peu de douleur et de cuisson est le seul inconvénient qui s'ensuive lorsque la déchirure est modérée : il y a plus, cette déchirure contribue

(1) Observons en passant que ces prétendus replis, si utiles, dit-on pour faciliter l'ampliation de la vulve, ne se déploient nullement pendant l'accouchement ; ils sont, comme tout le voisinage, allongés ou aplatis ; mais, du reste, ils conservent leur forme ordinaire.

à faciliter la sortie du fœtus et à éloigner de nouveaux dangers dans les accouchemens subséquens.

Si un éraillement peu considérable est d'une si légère conséquence, il n'en est pas ainsi dans des cas plus graves : je veux parler de ceux où le périnée participe à l'accident, où la déchirure s'étend jusqu'à l'anus et en entame les sphincters.

La rupture du périnée est si importante qu'on ne s'étonnera point qu'elle fournisse matière à de plus longues réflexions que les ruptures dont il vient d'être parlé.

A. Le plus souvent cet accident commence par un éraillement de la fourchette, qui, de proche en proche, s'étend le long du raphé ou vers l'un de ses côtés, à travers la peau et les muscles transverses; qui tantôt s'arrête au-devant des sphincters de l'anus, ou même se détourne vers l'une des deux fesses, comme nous l'avons vu souvent; et tantôt, au contraire, entame, non-seulement ces sphincters, mais encore une portion plus ou moins considérable de la cloison recto-vaginale. Une imprudente application du forceps (*voy*. le premier Mémoire) donne lieu le plus souvent à cet accident. Quelquefois un accouchement spontané, et auquel l'art n'a point présidé, est cause de ce déplorable événement. Quelquefois une personne instruite du reste y expose la femme en négligeant, lorsque, malgré ses efforts, la tête a déjà entamé la fourchette; en négligeant, dis-je, de soutenir le périnée quand les épaules franchissent la vulve: les

épaules en effet achèvent souvent ce que la tête avait commencé. Dans ces circonstances, nous avons vu parfois la vulve et le rectum ne plus former qu'un vaste cloaque, réceptacle commun des excrémens et des mucosités vaginales, produits dégoûtans qui, n'étant retenus par aucun sphincter, s'écoulaient incessamment au dehors.

En effet, lorsque de pareilles plaies sont abandonnées à la nature, loin que leurs lèvres s'affrontent et s'agglutinent, elles se rétractent peu à peu, s'éloignent et font disparaître jusqu'aux dernières traces de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale. C'est ce que j'ai observé (1) chez une femme que j'accouchai avec la plus grande facilité au moyen du forceps, quoique la tête de l'enfant siégeât encore au détroit supérieur du bassin. Cette facilité inattendue me fut procurée par l'absence totale du périnée et des sphincters de l'anus; ces parties avaient été lacérées et détruites dans un premier accouchement fort long et fort douloureux, pour la terminaison duquel on avait aussi employé le forceps, conduit sans doute par une main peu habile. En parlant (premier Mémoire) d'une manière générale de l'application de cet instrument, j'ai exposé les précautions qui peuvent mettre à l'abri de ces suites fâcheuses. Chacun sait, d'un autre côté, quelle est la manière de les prévenir dans un accouchement naturel. Soutenir

(1) Observation de l'Éditeur.

le périnée est un des soins principaux que partout on recommande à la personne chargée de conduire un accouchement naturel; le soutenir seulement pendant les douleurs, le soutenir de toute la paume de la main, le soutenir en pressant surtout vers l'anus, tels sont les préceptes fondamentaux à cet égard. Mais quand l'événement a eu lieu, peut-on y remédier encore? C'est un problême que nous allons résoudre en établissant certaines conditions. Si la rupture a profondément attaqué la cloison recto-vaginale, la nature suit le procédé indiqué plus haut, et bientôt la plaie est tout-à-fait incurable. Si la rupture a à peine entamé l'anus, non-seulement on pourra peut-être tenter la réunion des parties divisées après leur cicatrisation isolément opérée; mais même la nature pourra quelquefois seule suffire à la guérison en rapprochant, par la tuméfaction inflammatoire, des parties à peine séparées.

J'ai vu deux fois une rupture, propagée jusqu'à l'anus, laisser, pendant sept à huit jours après l'accouchement, échapper, malgré la volonté de la malade, les matières fécales; et, après cette époque, commencer une période plus favorable; les matières être retenues d'abord par le gonflement de l'anus, puis par un véritable effort volontaire. Le sphincter externe n'avait-il été qu'affaibli, qu'éraillé? ou bien avait-il été rompu totalement, l'interne subsistant? ou bien enfin tous deux avaient-ils été déchirés, mais à une hauteur peu considé-

rable et surtout avec une certaine régularité? Voilà des questions auxquelles je ne puis positivement satisfaire : je ferai seulement remarquer que l'opération de la fistule à l'anus permet une cicatrisation complète quoique les deux sphincters soient coupés. L'impossibilité de la cicatrisation ne dépendrait donc que de l'irrégularité de la lacération, que de son étendue en hauteur et que de la communication de deux cavités : encore cette dernière condition serait-elle de peu d'importance si les observations de succès, après la taille recto-vésicale proposée par le docteur Sanson, étaient plus nombreuses et mieux constatées.

Quelle que soit l'étendue du mal, quand il est récent, et que les lèvres de la blessure sont encore saignantes, ou du moins qu'elles ne sont point cicatrisées, on pourra peut-être tenter de réunir par quelques points de suture (1) les parties divisées. Cette opération exécutée quelquefois avec succès (2), quelquefois sans suites avantageuses,

---

(1) Heister, tom. II, pag. 1034. Puzos n'est pas de cet avis. « S'il se trouve un déchirement jusqu'à l'anus, le meilleur moyen pour remédier à cet accident est la situation, qui m'a souvent réussi. » (Pag. 134.)

(2) Delamotte, obs. 405; Trainel et Noel, *Soc. méd.*, tom. VII, pag. 187; Saucerotte (quarante jours après l'accouchement.), *ibid.*, tom. IV, pag. 417; Forestus, *de Morb. Mulier.*, pag. 759; Asdrubali, tom. II, pag. 248. Ce dernier n'a fait qu'un point de suture pour une plaie de deux pouces à la cloison recto-vaginale.

demande beaucoup d'habileté et de prudence ; elle n'est d'ailleurs en aucune manière applicable aux lésions anciennes et qui ne laissent presqu'aucune trace de la cloison recto-vaginale.

B. Le périnée se rompt quelquefois d'une toute autre manière. On sait combien il s'allonge et s'étend lorsque la tête du fœtus s'engage dans le détroit inférieur ; cette partie, qui, dans l'état ordinaire, offre à peine un pouce d'étendue, double et triple quelquefois sa longueur. Cet accroissement de surface ne peut avoir lieu sans une diminution proportionnée d'épaisseur : nous l'avons vu s'amincir assez pour dessiner à nos yeux les reliefs du crâne du fœtus, comme s'il se fût présenté à nu. On conçoit, d'après cette disposition, que le centre du périnée peut quelquefois se rompre sans que la fourchette soit endommagée (bien qu'elle ne résiste pas toujours); nous en donnerons des exemples dans les histoires particulières : faisons seulement remarquer ici que cet amincissement ne peut être aperçu qu'en découvrant la femme ; que la rupture s'effectue ou s'achève d'ordinaire quand la tête franchit la vulve et que l'enfant vient au monde. Or, comme souvent, par pudeur, on reçoit l'enfant en découvrant le moins possible les organes de la mère, il n'est pas étonnant que, après l'accouchement, trouvant une perforation au périnée, on ait cru que l'enfant avait passé par cette ouverture. Je ne veux pas contredire pourtant les faits observés par des personnes instruites ; mais

j'ai suivi avec soin des accouchemens semblables, et jamais je n'ai vu l'enfant traverser le périnée (1). Il serait difficile d'ailleurs de concevoir qu'il le fît sans rompre en totalité cette partie. Fort souvent la rupture dont je parle s'opère au-devant de l'anus ; elle peut même entamer les sphincters, ainsi que je l'ai vu deux fois, et peut-être est-ce cette disposition qui aura fait croire quelquefois que l'enfant était sorti par ce dernier orifice (2). Quoi qu'il en soit, la possibilité de la déchirure médiane dont je parle ne saurait être mise en doute, et le mécanisme en est facile à comprendre. S'il reste au bas du vagin quelque trace de l'hymen, quelque bride, quelque cicatrice, la tête pourra fort bien l'érailler et la rompre : or, la rupture, une fois commencée, se propagera facilement, soit vers l'anus, soit vers le milieu du périnée. Une observation minutieuse nous a prouvé effectivement que l'amincissement marchait graduellement de dedans en dehors ; en dernier lieu, il semblait quelquefois que l'épiderme seul couvrît la tête du fœtus.

---

(1) M. Desormeaux en rapporte un exemple dans ses cours : la cicatrisation s'est opérée en trois semaines. Coutouly en avait vu un semblable, et Baudelocque a constaté l'existence de la déchirure chez le même sujet. Quelques autres, depuis cette époque, ont été insérés dans les journaux de médecine. (*Voyez*, entre autres, *Soc. méd. d'Émul.*, janvier 1822.)

(2) Champenois, cité par Breschet, *Dict. Sc. méd.*, tom. VIII, pag. 154. *Voyez* ci-dessus, pag. 135.

Je ne sais si ces altérations de tissu peuvent guérir spontanément ; le plus souvent, elles restent fistuleuses, et nous en avons vu une ancienne et totalement cicatrisée depuis un premier accouchement n'amener aucune suite fâcheuse dans les progrès du deuxième (1). Le professeur Dubois a fait une fois, à l'hospice, couper le pont qui séparait la vulve de la fistule. Quoiqu'il soit souvent bien difficile d'éviter cet accident, dans les dispositions dont nous avons parlé plus haut, cependant, au moyen d'une forte pression, nous sommes une fois parvenus à prévenir la rupture ; deux fois, au contraire, nous avons senti le craquement s'opérer sous nos mains, malgré la plus exacte application.

---

(1) *Voyez* un pareil fait cité par le docteur Dupuy (*Thèse*, 1822). Un pied passa par cette fistule : il fallut le faire rentrer.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au huitième Mémoire.

N° Ier.

Grossesse tubaire ou ovarique ; rupture spontanée et mortelle.

La nommée Taul.., âgée de vingt-quatre ans, paraissant d'une forte constitution, arriva à la Maison d'Accouchement le 2 novembre 1816 ; elle se croyait grosse de six mois. D'après les détails donnés par elle-même, on apprit qu'elle était enceinte pour la deuxième fois, valétudinaire pendant tout le cours de la gestation, et habituellement sujette à des maux d'estomac, des nausées, des vomissemens. Elle avait fait, vers le deuxième mois, une chute qui fut suivie d'un léger écoulement de sang par le vagin. Cet écoulement disparut et revint alternativement plusieurs fois, mais sans périodicité et toujours peu abondant. Il s'y joignit des douleurs qui occupaient toute la capacité de l'abdomen, et qui présentèrent aussi, à ce qu'il paraît, beaucoup d'irrégularité, tant dans leur marche que dans leur violence. Un chirurgien, qui examina d'abord la malade, déclara qu'elle n'était

point grosse, et chercha, par l'application de sangsues à la vulve, par la saignée et l'emploi des tisanes de sauge et d'armoise, du vin d'absinthe, etc., à dissiper les accidens, qu'il attribuait à l'irrégularité et au peu d'abondance des règles. L'intensité des symptômes ne diminua nullement, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu : là, on porta à-peu-près le même jugement sur son état, et l'on mit en usage les bains généraux et l'application, plusieurs fois réitérée, des sangsues à la vulve : un soulagement momentané s'ensuivit; la malade sortit de l'hôpital; elle entra bientôt après à l'hôpital Cochin, et cette fois, malgré l'emploi des mêmes moyens, les douleurs devinrent beaucoup plus fortes.

Ce fut alors (au sixième mois de sa grossesse) qu'elle se fit transporter à l'hospice de la Maternité.

Elle éprouvait, dans tout l'abdomen, des douleurs qui se faisaient particulièrement ressentir vers les lombes et l'ombilic. Le toucher fit reconnaître que le col de l'utérus conservait toute sa longueur; son orifice était entr'ouvert, placé au centre du bassin, et sans aucune altération. Au-dessus du col et du côté droit, on sentait une tumeur peu considérable, immobile, assez solide, et qu'on ne pouvait bien définir; l'abdomen était développé, dur et douloureux.

Pendant toute la soirée et toute la nuit, continuation des mêmes douleurs, léger écoulement de

sang par le vagin, douleurs à l'épigastre, nausées, lipothymies. On administra des lavemens qui procurèrent quelques selles liquides, et l'on fit prendre quelques cuillerées d'une potion anti-spasmodique avec l'éther.

Même état pendant la journée suivante; le toucher donna les mêmes résultats que la veille ; le ventre était trop tendu, et surtout trop douloureux pour permettre de le palper de manière à distinguer l'état des viscères qu'il contenait, et conséquemment celui de la matrice.

Le lendemain, douleurs de plus en plus vives; des injections émollientes dans le vagin et un bain général n'empêchèrent pas leur accroissement. Dans l'après-midi, pâleur extrême et universelle, pouls petit et faible, refroidissement des extrémités; enfin, après plusieurs syncopes assez prolongées, la malade expira à six heures du soir (4 novembre 1816).

Après la mort, le toucher qu'avait rendu jusqu'alors très-incomplet la vive sensibilité du ventre, devint beaucoup plus facile, sans donner cependant un diagnostic beaucoup plus clair : voici toutefois ce qu'il offrit de remarquable.

Le col était dans l'état précédemment indiqué; le doigt pouvait pénétrer, par son orifice externe, jusqu'à une certaine profondeur; mais il était bientôt arrêté par l'orifice interne, qui était complètement fermé. La même tumeur se faisait sentir au côté droit du bassin; du côté gauche, on en sen-

tait une autre bien plus élevée que la précédente, et paraissant plus volumineuse et moins dure. La main appuyée sur l'abdomen sentait, dans presque toute son étendue, une tumeur fort irrégulière, plus résistante que partout ailleurs dans la région lombaire droite.

L'*ouverture de cette cavité* offrit d'abord un vaste épanchement de sang en partie coagulé, en partie liquide; l'épiploon, très-adhérent, recouvrait la plus grande partie des viscères abdominaux : on l'enleva en détruisant ses adhérences, et l'on découvrit alors les objets suivans :

1°. Dans la région lombaire droite, un fœtus mort, du sexe masculin, très-bien conformé, de la grandeur que doit avoir le fœtus au terme de six mois, n'offrant aucun signe de putréfaction, et situé de telle manière que sa partie supérieure était tournée vers le diaphragme, et sa partie antérieure vers le côté droit du rachis de la mère.

2°. Dans les régions ombilicale et lombaire gauche, un kyste épais et solide, à-peu-près ovalaire, adhérent de toutes parts aux parties voisines, descendait jusque vers l'excavation du bassin, endroit où on pouvait, au moyen du doigt porté dans le vagin, en sentir la partie inférieure au côté gauche du col de l'utérus. Ce kyste, inégalement déchiré dans sa partie supérieure et droite, contenait encore le placenta et les membranes du fœtus ; mais sa cavité, affaissée par la pression des parties environnantes, paraissait évidemment avoir

récemment encore contenu un corps d'un plus grand volume. Le cordon ombilical, intact, traversait la déchirure pour se rendre à l'ombilic de l'enfant.

3°. Dans le bas de la région iliaque et la partie supérieure de l'excavation du bassin du côté droit, l'utérus, repoussé de ce côté par le kyste, auquel il adhérait, était *bien plus volumineux* que dans l'état ordinaire (d'un volume égal à-peu-près à celui du poing); la partie inférieure de son corps formait la tumeur qu'on avait sentie au côté droit du col en portant le doigt dans le vagin avant et après la mort. Sa cavité, dont l'étendue était proportionnée au volume du reste de l'organe, n'offrait du reste rien de remarquable (1).

Le cordon sus-pubien, la trompe et l'ovaire droits étaient parfaitement sains, et sans aucun changement; la trompe gauche se trouvait, à son origine, au-devant du kyste; après un trajet de deux pouces et demi environ, elle se perdait dans sa paroi antérieure, et ne pouvait être suivie plus loin. Quant à l'ovaire et au cordon sus-pubien du côté gauche, ils étaient confondus en totalité dans les parois du kyste, et l'on n'en retrouva aucune trace.

Les résultats de l'ouverture du cadavre ont fait

(1) On n'a pas tenu compte de la fausse membrane qui, sans doute, en tapissait l'intérieur.

conclure : 1°. que les accidens que cette femme éprouva dans tout le cours de la grossesse dépendaient du développement du produit de la conception dans une cavité insolite formée par le pavillon de la trompe ou par l'ovaire, peut-être même par tous les deux à la fois. 2°. Que les phénomènes qui se manifestèrent en dernier lieu furent causés par le déchirement du kyste et par le passage du fœtus dans la cavité abdominale. 3°. Enfin, que la mort fut le résultat de l'hémorrhagie intérieure qui suivit la rupture du kyste et la lacération de ses vaisseaux.

N° II.

Grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse ordinaire; rupture mortelle.

LETTRE DE MADAME LACHAPELLE A M. DUBOIS (1).

MONSIEUR,

Je pense que vous recevrez avec plaisir des nouvelles de l'hospice. Depuis votre départ j'ai eu deux fois l'occasion d'appliquer le forceps par rapport à la faiblesse des contractions de l'utérus. Deux enfans ont été extraits par les pieds : le premier

(1) Cette lettre contenant quelques détails intéressans sur d'autres sujets, j'ai cru devoir la conserver en entier; j'y ai joint quelques développemens relatifs à l'ouverture du cadavre. (*Note de l'Éditeur.*)

présentait l'épaule droite dans la troisième position; il était du terme de sept mois : une hémorrhagie utérine, occasionée par le décollement du placenta, s'annonça avec le travail. La femme avait été amenée de Paris dans un état de faiblesse très-alarmant : je terminai l'accouchement, et elle est actuellement très-bien.

Dans le second cas, l'enfant présentait le siége : ce fut une élève qui opéra.

Un enfant à terme, du poids de sept livres, est né spontanément la face la première. L'accouchement fut prompt (c'était une deuxième grossesse); la face n'était point tuméfiée; le devant du cou l'était un peu, et la tête conservait, après la naissance, une tendance singulière à se renverser sur le dos; du reste l'enfant jouit d'une santé parfaite.

J'aborde le fait le plus remarquable. Une femme grosse de six mois environ fut amenée à l'hospice dans les premiers jours de janvier (1811). Elle éprouvait, depuis le troisième mois de sa grossesse, des douleurs extrêmement vives dans l'abdomen; celui-ci était tendu, et l'on sentait, à droite, une tumeur dure et volumineuse, à gauche une autre tumeur aussi solide et plus grosse encore. Le col de l'utérus était fermé; il conservait sa longueur, et le balottement du fœtus était manifeste. Dans la suite le col s'effaça, s'ouvrit, et en même temps la fièvre survint, le sommeil se perdit, les douleurs se soutinrent, et la malade tomba dans le marasme.

Le 26 février, vers le soir, un travail naturel se déclara et s'accompagna des dispositions les plus favorables : aussi à trois heures du matin l'accouchement était terminé. Cependant l'abdomen restait développé surtout du côté droit, quoique la matrice ne contînt plus que le placenta, dont je fis moi-même l'extraction. Les douleurs, la fièvre, l'épuisement ne firent dès-lors que s'accroître, et les forces tombèrent si rapidement que cette femme expira quatre jours après son accouchement.

L'*ouverture du cadavre* fut faite le 2 mars. L'intérieur des veines caves était teint en rouge ; le péricarde renfermait beaucoup de sérosité rougeâtre; le diaphragme, refoulé en haut, était vivement injecté.

Dans l'abdomen, une fausse membrane épaisse et dense agglutinait tous les viscères ensemble et avec la paroi même de la cavité. L'utérus et la fosse iliaque droite en bas, le foie et le colon en haut, les intestins grêles à gauche et l'épiploon en avant, circonscrivaient un sac rompu à sa partie antérieure et supérieure. Par cette ouverture s'échappait du sang coagulé et demi-putréfié; l'épaule d'un fœtus s'y présentait; ce fœtus putréfié pesait deux livres; son placenta, également altéré, répondait à la partie antérieure et inférieure du kyste, à laquelle il n'adhérait plus. L'utérus était dévié à gauche ; la trompe et l'ovaire avaient

disparu. La symphyse des pubis était très-mobile.

Agréez, etc.

Le fœtus extra-utérin était évidemment plus jeune que l'autre d'environ trois mois; peut-on, en conséquence, regarder ce fait comme un exemple d'une sorte de superfœtation, en admettant que c'est la présence d'un premier fœtus dans l'utérus qui a empêché le second d'y descendre? Questions oiseuses et d'ailleurs d'une solution peu facile.

N° III.

Rupture spontanée de l'utérus; étroitesse du bassin; version; mort immédiate.

La nommée M.-F.-R. Bert..., femme sanguine et de petite taille, enceinte pour la deuxième fois, était à terme et en travail quand elle arriva à l'hospice, le 6 fructidor an 8, vers le soir. Son premier enfant avait été fort gros; il était né mort après un travail long et pénible.

A son arrivée, les douleurs étaient faibles, les *membranes venaient de se rompre;* l'orifice commençait à s'ouvrir, et l'on sentait vaguement la tête du fœtus au détroit supérieur. Ce détroit ne me parut avoir que trois pouces d'avant en arrière. Pendant la nuit, les douleurs s'accrurent sans que la tête descendît; elles redoublèrent vers une

heure du matin, et la tête s'avança présentant le sommet dans la deuxième position. Bientôt elle s'arrêta malgré la violence des douleurs, auxquelles s'ajouta une *sensibilité* excessive de l'abdomen, qu'un *demi-bain* d'une heure ne put dissiper. La peau du crâne s'était tellement tuméfiée ou du moins allongée, qu'on pouvait la voir en écartant les grandes lèvres, bien qu'il fût possible de s'assurer que la majeure partie du crâne était retenue encore par le détroit supérieur du bassin, et qu'il n'était qu'engagé dans cette ouverture. En outre, la femme se trouvait singulièrement fatiguée; elle vomissait toutes les boissons au moyen desquelles on cherchait à soutenir ses forces ou à étancher sa soif.

Les douleurs étaient devenues continuelles; dans la matinée, je fis administrer un *bain* général : la malade y était depuis une demi-heure quand je m'aperçus que le visage, jusque là fort coloré, pâlissait de plus en plus, et que le pouls, *auparavant fébrile*, était singulièrement affaibli. Cependant la douleur avait diminué; mais il n'y avait plus de contractions; l'utérus était tombé dans l'inertie.

On transporta la femme dans son lit : pendant ce mouvement, elle se plaignit d'une oppression considérable et d'un sentiment de déchirure dans l'abdomen. Je voulais appliquer le forceps; mais je ne fus pas peu surprise en reconnaissant, par le toucher, que la tête n'était plus dans le bassin : cet événement annonçait clairement la rupture uté-

rine, que les autres phénomènes auraient pu déjà faire soupçonner : c'était la première fois que je rencontrais cet accident.

La douleur devenait de plus en plus insupportable, et la dyspnée était telle qu'il fallut placer la malade dans un fauteuil. Quelques efforts de vomissement firent sortir de la vulve le placenta et une petite partie des membranes. Au premier abord, ces parties m'avaient paru être une portion d'intestin arrivée jusque dans le vagin à travers une déchirure de la matrice.

Je ne voulus point abandonner sans secours cette malheureuse à la mort inévitable qui l'attendait ainsi que son enfant : les pieds de celui-ci étaient encore contenus dans la matrice, sans doute avec la majeure partie du tronc : je les amenai successivement à la vulve, et alors seulement je reconnus que le fœtus était mort depuis longtemps : en effet, l'épiderme se détachait de toute part ; et cependant la mère n'avait cessé de répéter jusqu'aux derniers momens qu'elle en sentait les mouvemens d'une manière distincte.

Le tronc suivit aisément les pieds, et la tête, tirée suivant les règles de l'art, descendit avec d'autant plus de facilité que la putréfacion l'avait rendu très-flexible et très-molle.

L'enfant sorti, une membrane flottait à l'orifice : je l'attirai à l'extérieur, et je reconnus l'épiploon, que je me hâtai de réduire au moins jusque dans l'utérus.

Une potion tonique administrée à la malade ne l'empêcha pas d'expirer au milieu du jour.

Examen du cadavre.

Sérosité sanguinolente dans l'abdomen ; épiploon encore engagé dans la crevasse de l'utérus ; péritoine rouge, intestins météorisés, utérus retiré dans l'hypogastre, offrant une déchirure longue de deux pouces, obliquement dirigée en avant et en bas, en partant de l'insertion du cordon sus-pubien droit. Les bords de cette déchirure étaient durs et comme squirrheux, d'où l'on peut conclure qu'une dégénérescence quelconque, et peut-être une cicatrice, suite d'une lésion opérée pendant le travail du premier accouchement, avait facilité et causé la rupture. En effet, les obstacles qu'on pouvait soupçonner comme cause de cet événement fâcheux étaient évidemment insuffisans, puisque le fœtus était putréfié et par conséquent très-mou et très-flexible..

N° IV.

Rupture de l'utérus et du vagin ; passage de l'enfant dans l'abdomen ; mort des deux individus.

La nommée Vaug....., femme forte, âgée de vingt-huit ans, déjà accouchée naturellement quelques années avant l'époque actuelle, commença à souffrir le 21 avril 1819. Le 24 au matin,

après *trois jours de travail*, la terminaison de l'accouchement ne paraissant pas encore prochaine, un accoucheur est appelé; il tente, à plusieurs reprises inutiles, l'application du forceps, et cherche, aussi vainement ensuite, à saisir les pieds du fœtus, non sans causer à la femme d'effroyables douleurs; il part enfin après deux heures et demie d'efforts infructueux. Vers midi, cette malheureuse est apportée à l'hospice dans l'état suivant : épuisement général, peau chaude, pouls fébrile, face colorée, soif vive, langue sèche, hoquets passagers, abdomen très-sensible à la pression; la malade y sent une douleur continuelle, quoique les *contractions utérines* aient totalement cessé. En examinant l'abdomen, on trouve une tumeur ovoïde, dure, tendue, régulière, élevée de trois pouces au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur, due à l'utérus, forme un relief saillant au-devant du reste de l'abdomen, qui paraît large et tuméfié par l'enfant placé derrière la matrice, surtout vers le côté gauche. Sur ce relief, un autre, moins étendu en surface, paraît formé par la vessie distendue et élevée au-dessus des pubis. Les parties extérieures de la génération sont tuméfiées, chaudes, sensibles et déchirées en plusieurs endroits.

Le doigt, porté dans le vagin, découvre la tête du fœtus appuyée sur le détroit supérieur du bassin; la peau du crâne est tuméfiée et entourée par le bord épais de l'orifice, dont le contour semble manquer à gauche et en arrière.

Après cet examen, je commençai par vider la vessie, à l'aide d'une algalie de gomme élastique, d'un fort petit calibre. Alors, introduisant la main dans le vagin, je sentis, au côté gauche de l'utérus, une large déchirure par laquelle le tronc (à l'exception des épaules) et les membres abdominaux du fœtus avaient passé dans l'abdomen.

Je voulais aller saisir les pieds; mais, en avançant, mon bras fait retrograder la tête, et quoique je suspende tout effort, elle passe avec le reste de l'enfant dans la cavité abdominale. La longueur du travail et la violence des moyens mis jusque là en usage, laissaient peu de probabilités favorables pour l'existence de l'enfant; la femme n'en sentait plus les mouvemens, et moi-même, quoique j'eusse touché ses mains et ses doigts (parties qu'un fœtus vivant meut ordinairement quand on les touche), je n'avais pu apercevoir aucun signe d'irritabilité. Enfin, une anse du cordon ombilical, restée dans l'utérus et amenée au dehors, parut flasque, molle et sans battemens. Tenter la gastrotomie ou s'efforcer d'atteindre, à travers la crevasse déjà sans doute resserrée, un fœtus dont la mort était certaine, c'était vouloir martyriser sans fruit une malheureuse femme trop épuisée, trop affaiblie pour ne pas succomber immédiatement à l'une ou l'autre de ces opérations: c'est pourquoi je renonçai à toute tentative.

Beaucoup d'urine s'écoula encore; le ventre acquit une excessive sensibilité; les couvertures

même ne pouvaient être supportées; l'élargissement, la tuméfaction étaient plus considérables et s'étendaient plus haut, tandis que le globe utérin s'était réduit au-dessous de l'ombilic : beaucoup de sang s'écoulait du vagin. A la faiblesse, au froid des extrémités, se joignirent des vomissemens verdâtres. La malade cependant jouissait de toute sa connaissance; résignée à son sort, elle attendait impatiemment le moment fatal qui devait terminer ses souffrances. Cet état persista jusqu'à deux heures du matin (25 avril), époque à laquelle la malade rendit le dernier soupir. La suppression de l'hémorrhagie et de l'urine, la dyspnée, des sueurs froides avaient précédé la mort.

Examen des cadavres (26 avril, cinq heures du soir).

Cadavre pâle et roide; face salie par des matières noirâtres, écumeuses, chassées par régurgitation après la mort.

Le tissu cellulaire sous-cutané est universellement emphysémateux; les membres et les mamelles sont énormément boursoufflés, l'abdomen uniformément ballonné, le thorax et toutes les cavités distendus par des gaz putrides.

Cerveau ferme, peu humide; sérosité sanglante dans les deux plèvres et le péricarde; le cœur contient des gaz et quelques caillots; ses cavités et celles de toutes les veines sont teintes en rouge

par un sang liquide qui a transsudé en quelques endroits, au point de marbrer la peau de traces livides. L'abdomen ouvert, des gaz s'échappent brusquement, et l'on voit, en procédant de bas en haut, 1°. l'utérus élevé de six pouces au-dessus des pubis, ovalaire, ferme, d'un rouge vif; 2°. au-dessus est le fœtus couché tranversalement dans la région ombilicale, la tête à droite, les pieds et les fesses à gauche, les jambes et les bras en bas; l'épiploon l'enveloppe en partie; 3°. dans l'épigastre, le foie brunâtre, mou, volumineux, emphysémateux; l'estomac dilaté par des gaz, emphysémateux, aminci en quelques points, et offrant une mollesse remarquable dans la portion gauche de sa membrane muqueuse; on y trouve aussi un liquide visqueux et d'un brun verdâtre. Les intestins sont rouges à l'extérieur et mouillés de sérosité sanguinolente.

L'utérus, détaché, a fait voir, en arrière et en bas, une vaste déchirure longitudinale, inclinée vers le côté *droit*, tandis qu'on l'avait sentie à *gauche* lors de l'arrivée de la malade; circonstance singulière, et qui peut être attribuée à la rectification d'une obliquité utérine avec *torsion*, laquelle, avant que la matrice fût tout-à-fait vide, en inclinait vers la gauche le côté postérieur. Cette plaie, dont les bords étaient noirâtres et profondément ecchymosés, commençait *dans le vagin*, deux pouces au-dessous de l'orifice utérin, traversait ce même orifice, et occupait environ

quatre pouces de la substance de l'utérus, arrivant ainsi jusqu'au corps de cet organe, dont le fond contenait encore le placenta attaché à la paroi postérieure. En devant, l'utérus avait à-peu-près un pouce d'épaisseur.

Le fœtus, fort volumineux, pesait près de huit livres (3,850 grammes); il était boursoufflé, emphysémateux au point de surnager en totalité dans l'eau. Des gaz fétides remplissaient toutes les cavités, et l'épiderme se détachait de toutes parts. Les poumons, *crépitans et plus légers que l'eau* (*effet de putréfaction*), étaient livides; fortement comprimés, ils gagnèrent le fond de l'eau. Intestins vides de méconium; rougeur vive à l'intérieur de l'estomac. *Le foie, la rate crépitent et gagnent la surface de l'eau.* Enfin, l'examen du crâne a fait voir une large et profonde ecchymose en avant et à droite de la surface externe de sa voûte.

N° V.

Déchirure subaiguë de la matrice; hémorrhagie et spasme mortels; 4e (B.) position de l'épaule droite; version.

La nommée Hous...., âgée de trente-deux ans, et déjà mère de plusieurs enfans, arriva à l'hospice le 24 février 1819. Le col, encore long, mais entr'ouvert, permettait de sentir les inégalités qui caractérisent les pieds ou les mains du fœtus.

Le 27 matin, premières douleurs : *écoulement de l'eau ;* le col n'est pas complètement effacé. Les douleurs cessent bientôt. Le 28 au soir, elles reparaissent, le col s'efface et l'orifice s'ouvre.

Dans la nuit suivante et dans la journée du 1er mars, les douleurs augmentent, et bientôt l'orifice est assez dilaté pour permettre de sentir l'avant-bras droit demi-ployé, de telle sorte que la main est à gauche, le coude en arrière, et le moignon de l'épaule à droite de l'aire du détroit supérieur. L'enfant est donc placé transversalement, les fesses dans la fosse iliaque gauche, la tête dans la fosse iliaque droite et le sternum en avant. Le côté droit du thorax était facilement atteint par le doigt, et cette position aurait pu être rapportée aux thoraciques de Baudelocque ou à notre variété cubitale. (*Voyez* les tableaux du 1er Mémoire et du 5e.) La dilatation marche lentement, et cependant *le pouls devient fébrile ;* céphalalgie. Une *saignée* du bras et plusieurs bains de siége ne produisent aucun soulagement : la malade pâlit, s'affaiblit, s'attriste, et forme sur son sort les conjectures les plus funestes.

Vers six heures du soir, l'orifice n'avait que trois pouces de diamètre : cependant l'épaule s'enfonçait dans le bassin, l'utérus se resserrait de plus en plus et *s'appliquait sur l'enfant.* Je crus ne devoir pas attendre davantage pour opérer la version.

Je commençai par faire sortir la main droite de l'enfant pour convertir en certitude nos présomptions relativement à sa situation dans la matrice.

Celle-ci était tellement contractée qu'elle rendit la recherche des pieds fort pénible, et força d'opérer en plusieurs fois leur extraction. L'enfant sortit enfin une heure après les premières tentatives, quarante-huit heures après la rupture des membranes, et dix-huit heures après le commencement de la dilatation. Cet enfant était un garçon volumineux, livide et déjà altéré par la putréfaction : depuis trois jours la mère n'en sentait plus les mouvemens, et il serait difficile d'assigner à sa mort une cause valable. La délivrance fut simple, *naturelle*, et suivie de l'extraction de quatre à cinq onces de sang coagulé. Elle eut lieu cinq minutes après l'accouchement.

Pendant le travail, un *écoulement de sang* continu et assez copieux n'avait cessé d'avoir lieu; il persista après la délivrance et entraîna quelques lipothymies qui cédèrent d'abord aux stimulans ordinaires (vinaigre, ammoniaque, etc.) et à l'extraction d'un nouveau caillot. Bientôt la perte est suspendue; mais, une heure après l'accouchement, violent frisson spasmodique, pâleur excessive, lèvres violettes, pouls misérable, anxiétés, jactation des membres, voix étouffée; enfin tous les symptômes de cette torpeur que j'ai décrite au sujet de l'hémorrhagie utérine (6e Mémoire). L'utérus est contracté, mais volumineux.

Après quelques alternatives de spasmes et de calme, de force et de faiblesse du pouls, l'utérus, *dont la contraction avait suspendu l'hémorrhagie,*

se relâche; *le sang ruisselle* de nouveau; cinq à six onces de caillots sont extraites en plusieurs fois; on pratique un tamponnement extemporané, et l'on applique des linges froids sur les cuisses et l'abdomen; on pratique même une injection d'eau froide dans le vagin. Ce froid rappelle le spasme et les syncopes; l'éther, le vinaigre, le vin, etc., ne relèvent les forces que pour amener de nouveaux collapsus : en vain comprime-t-on l'utérus en le saisissant à travers les tégumens hypogastriques et en obstruant le vagin; en vain administre-t-on les astringens, l'eau de Rabel même; la malade, malgré l'activité de ces secours, succombe trois heures après l'accouchement.

Examen du cadavre (2 mars, au matin).

Rien de remarquable dans les viscères respiratoires et digestifs. Le cœur contient peu de sang, et ce sang est liquide; les grosses veines sont presque vides. Le cœur est mou, le foie d'un brun foncé. Les deux poumons pèsent huit cent soixante-dix grammes (vingt-sept onces, à-peu-près); le droit seul en pèse cinq cent dix (plus d'une livre.)

Symphyse pubienne fort mobile.

L'utérus, mou et flasque, large de quatre pouces et demi et haut de sept, offre dans ses parois trois quarts de pouce d'épaisseur : son poids est de trois livres (mille cinq cents grammes); y compris

une partie du vagin, les trompes et les ovaires. Ovaires petits, cordon sus-pubien gauche plus gros et plus court que le droit. A la partie postérieure et inférieure de la matrice, le péritoine est largement éraillé, réduit en filamens et disposé en mailles irrégulières. Cette altération se remarque principalement du côté gauche; au-dessous d'elle est une ecchymose large et brunâtre. Vue à l'intérieur, cette même partie présente un amincissement remarquable, et, vers le côté gauche, une perforation oblongue, de trois pouces de hauteur sur dix-huit lignes de largeur, qui n'est fermée que par du sang coagulé et les filamens du péritoine éraillé. Dans cette altération se trouve comprise une veine longitudinale assez grosse pour admettre sans peine une sonde de femme, et qui est déchirée en deux endroits différens. Le reste de l'intérieur de l'utérus est encore en partie tapissé par des lambeaux de l'épichorion; ces lambeaux se retrouvent vers la partie antérieure, qui, *un peu* plus inégale que le reste, percée de trous fort obliques et effacés par l'affaissement même de leurs bords, paraît avoir donné attache au placenta. L'orifice utéro-vaginal est parfaitement intact. Les vésicules de Naboth sont fort visibles ainsi que les follicules du vagin, et même (chose plus rare) ceux du col de la vessie agglomérés sous forme de plaque.

On remarquera qu'ici l'*éraillement* était manifeste; il a été dû incontestablement à la longueur

du travail, à l'absence des eaux et à la pression exercée par les fesses et par la tête *transversalement* opposées. L'hémorrhagie fut assurément le résultat de la rupture des vaisseaux utérins. On aurait sans doute prévenu ces accidens en opérant plus tôt; mais alors on se serait exposé à un autre assez semblable, à la déchirure de l'orifice utéro-vaginal.

N° VI.

Rupture spontanée de l'utérus et de la vessie; version; mort par inflammation du péritoine.

Une femme de trente-cinq ans, rachitique et valétudinaire, était enceinte pour la troisième fois; au cinquième mois, elle fit deux chutes successives, dans lesquelles le ventre porta sur le sol: nul accident grave ne s'ensuivit immédiatement.

Le 4 juin, elle était parvenue au terme naturel de la grossesse, et le travail commença. Jusqu'au lendemain à midi, les progrès furent lents. La tête était fort haute et difficilement atteinte par le doigt. A cette époque, les *membranes se rompirent*, les douleurs s'accrurent, et la dilatation s'acheva; la tête couvrit le détroit supérieur, et se tuméfia bientôt au point que la peau du crâne remplissait le haut du vagin. Nous remarquâmes alors qu'un *mouvement fébrile* s'était développé, que la vessie, obstruée, était distendue par l'urine, et que l'utérus était fortement incliné à droite. Nous

voulions recourir au cathétérisme; la malade n'y voulut point consentir.

Tout-à-coup les contractions cessent; une douleur vive, continue et rapportée à toute la capacité abdominale, leur succède; le ventre change de forme, et il est, plus particulièrement du côté droit, d'une exquise sensibilité. En devant, on observe des inégalités qui ne peuvent être attribuées qu'aux membres d'un fœtus très-superficiellement placé. En même temps, la tumeur, formée dans la région hypogastrique par la vessie distendue, disparaît, et la tête du fœtus *s'élève* au-dessus du détroit supérieur. A ces phénomènes se joignent la faiblesse et l'irrégularité du pouls, des lipothymies répétées, de la soif, des nausées, et même des vomissemens, une pâleur extrême et l'altération des traits. Ces symptômes n'étaient point équivoques; ils duraient depuis plusieurs heures; et la matrice *ne faisait plus* aucun effort pour l'expulsion du fœtus : c'est pourquoi je me décidai à appliquer le forceps (6 juin, matin); mais cet instrument repoussa la tête et ne put la saisir. Pendant ces tentatives, *du sang* en grumeaux et de l'urine sanguinolente sortirent du vagin. J'introduisis alors la main droite, et rencontrant un pied au voisinage de l'orifice utérin, je l'amenai au dehors, puis j'allai à la recherche du deuxième. Le tronc descendit facilement, et se dirigea comme dans la seconde position des pieds (B.), exécutant par conséquent un mouvement de torsion qui

l'éloigna de sa direction primitive. Le résultat de cette torsion fut le croisement de la nuque par le bras droit, qui se trouva serré entre l'occiput de l'enfant et les pubis de la mère. Malgré cette disposition défavorable, je le dégageai assez aisément, grâce à sa flexibilité. Ce premier pas franchi, une nouvelle difficulté se présenta : la face était en avant : je glissai ma main gauche entre le côté gauche de la tête et celui du bassin; je saisis la face et la bouche, et les attirant en arrière, je tournai l'occiput vers la cavité cotyloïde droite ; en même temps j'enfonçai la face dans l'excavation, de sorte que la tête sortit à l'instant. L'enfant était mort ; il pesait six livres trois quarts.

La délivrance fut simple ; du sang fluide suivit le placenta. La main, portée dans le vagin, m'apprit que la matrice était rompue en avant et en bas.

Les douleurs persistèrent ainsi que la faiblesse et les vomissemens ; une urine sanguinolente continua pendant tout le jour à s'écouler par le vagin.

La nuit, soulagement, deux heures de sommeil, point de lochies. Malgré ce mieux-être apparent, la fièvre s'accrut, la faiblesse alla croissant, et la malade expira le troisième jour après son accouchement.

Examen du cadavre.

Intestins météorisés, rouges, agglutinés par des couennes albumineuses. Une anse d'intestin grêle

était engagée, mais *non serrée*, dans la plaie de l'utérus. Celui-ci offrait, en avant et à droite, vers la base de son col, une déchirure oblique et de trois pouces d'étendue; la vessie était, à sa face postérieure, déchirée dans une étendue d'environ deux pouces.

Quoique cette exposition anatomique soit peu détaillée, on y voit cependant assez clairement que la rupture de la vessie ne communiquait pas directement avec la cavité abdominale, et qu'elle semblait n'être qu'une dépendance, une conséquence de la déchirure de l'utérus. J'ai averti, dans le texte du Mémoire, que je n'avais observé que de semblables déchirures (*voyez* ci-après, n° 12), bien différentes de celles que j'ai mentionnées d'après Ramsbotham et autres. Dans celles-ci, en effet, la vessie a semblé éclater par excès de plénitude, et elle s'est ouverte dans l'abdomen (1).

---

(1) Les auteurs d'anatomie chirurgicale (Ruysch, Morgagni, etc.) ont vu assez souvent ce phénomène se produire dans des rétentions d'urine considérables. J'en ai vu un exemple à l'hôpital de la Charité : le malade m'avertit que quelque chose s'était rompu dans son corps, et qu'un liquide s'était épanché dans le ventre. Il parlait d'après ses sensations et disait vrai : le lendemain il n'existait plus, et l'on constata la réalité de l'accident.

(*Note de l'Éditeur.*)

N° VII.

Rupture du vagin et de l'utérus après un accouchement laborieux ; mort par suite de péritonite suraiguë.

Le 5 avril 1821, au soir, on apporta à l'hospice une femme petite et maigre, déjà accouchée spontanément, mais au terme de sept mois, d'un enfant qui n'a pas vécu. Cette fois, elle souffrait depuis la veille au soir; les *membranes s'étaient rompues* le 5 au matin, et dès l'après-midi, elle avait cessé de ressentir les mouvemens du fœtus. Peu de temps avant son arrivée à l'hospice, trois accoucheurs avaient essayé l'application du forceps, et avaient enfin abandonné cette malheureuse, après *cinq heures* de tentatives infructueuses. A son arrivée, cette femme était dans un état de *fièvre*, d'agitation et de brisement excessifs; les lèvres étaient noires, la langue sèche, l'abdomen très-douloureux, saillant, mais régulier. La tête du fœtus était tuméfiée, et à peine engagée dans le détroit supérieur. L'angle sacro-vertébral était facilement accessible; les bords de l'orifice utérin dilaté ne pouvaient plus être touchés en arrière et à droite. Nous crûmes devoir laisser reposer la malade : elle urina et évacua spontanément des matières fécales délayées par un lavement; bientôt les douleurs augmentèrent par accès évidemment dus à des *contractions utérines*; les bains, les

cataplasmes n'en diminuèrent point l'intensité. Dans la nuit, la malade s'affaiblit, se désespère et sollicite de nouveaux secours. A quatre heures, j'appliquai le forceps; mais deux fois il glissa sur la tête. J'eus recours alors à la perforation du crâne, et pendant cette opération, je reconnus que la tête offrait le vertex dans la première position. L'encéphale évacué, je réappliquai le forceps: la tête descendit, mais l'instrument lâcha prise; un crochet aigu lui fut substitué: glissé dans la perforation, il amena la tête et le reste de l'enfant, dont le cordon était flétri. Ces diverses manœuvres n'ont duré qu'une heure. Bientôt l'utérus *se contracte* avec douleurs; le placenta sort; mais la fièvre, la sensibilité du ventre persistent, la faiblesse s'accroît peu à peu, et cette femme expire le 7 avril, au matin.

Examen du cadavre (8 avril).

Il s'en exhale une odeur infecte. L'abdomen contient un liquide sanguinolent, et les viscères sont agglutinés par des lambeaux albumineux; le péritoine est généralement très-injecté, surtout sur les intestins grêles. Vers le bassin, le péritoine contient quelques caillots. Tout le pourtour du vagin est fortement ecchymosé; vers sa partie inférieure sont deux déchirures qui se perdent dans le tissu cellulaire voisin; en haut et à droite, il offre une déchirure longitudinale qui envahit et l'orifice et toute la hauteur du col de l'utérus, et

pénètre dans l'abdomen ; les bords en sont ecchymosés. L'utérus pèse plus de deux livres (un kilogramme et un hectogramme) ; il n'est point enflammé. Le bassin n'offre que trois pouces dans le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal.

N° VIII.

Deux exemples d'abcès mortels, par suite de déchirure incomplète à l'utérus (1).

I. L. Pier...., femme bien constituée, âgée de vingt-six à vingt-huit ans, enceinte pour la troisième fois, et accouchée spontanément après ses deux premières grossesses, quoique chaque fois le travail ait duré deux ou trois jours, était arrivée cette fois à son terme.

Le 7 juin 1820, après douze heures de travail, *les membranes se rompirent*, et je sentis la tête couvrant en partie le détroit supérieur, et en partie (pariétal droit) la fosse iliaque gauche ; l'utérus était incliné à droite. Cette obliquité fut corrigée, et cependant, le 8 juin, la tête avait fait peu de progrès ; elle était tuméfiée, et la vie du fœtus commençait à courir des risques.

J'allai donc chercher les pieds ; mais la tête me gênait beaucoup, et l'utérus était assez fortement contracté : il fallut introduire successivement les deux mains. Je voulus d'abord tirer sur un seul

(1) La femme Vespres, désymphysée par Sigaut, succomba à une lésion toute semblable.

pied; mais la tête descendait avec lui : bientôt je les tins tous deux, et je fis descendre sans peine les fesses et le tronc, le dos en avant. Cependant, malgré mes efforts, le sternum tendait à revenir en avant; je cédai à cette tendance naturelle, puis trouvant quelque facilité à continuer la rotation de manière à le replacer en arrière par le côté opposé du bassin, je voulus en profiter; mais je fus arrêtée bientôt, et il resta placé sous les pubis. Pendant ces diverses évolutions, les bras s'étaient relevés et ensuite avaient tous deux croisé la nuque; ils ne purent être dégagés qu'en poussant le coude en arrière et en l'attirant en bas devant le périnée, qui heureusement était fort extensible. Cela fait, la main gauche fut glissée d'abord en arrière, puis à gauche du bassin, de manière à embrasser toute la tête; les doigts saisirent la face et la tournèrent dans l'excavation du sacrum; le reste de l'extraction fut simple et facile. L'enfant, d'abord apoplectique, a été ranimé; des convulsions et un ictère n'ont pas empêché son parfait rétablissement.

Après l'accouchement, la mère éprouva un violent frisson. On s'assura que, depuis l'orifice interne jusqu'à l'externe, le col de l'utérus offrait, à gauche et en arrière, une profonde fissure, dont le fond était encore garni du péritoine, qui seul empêchait la communication des deux cavités utérine et péritonéale. Après le frisson, une vive douleur se fit sentir dans le côté gauche du bassin

et de l'abdomen ; les sangsues, les bains, etc., ne soulagèrent point. Bientôt, avec tous les symptômes d'une péritonite, se déclara un écoulement de pus par le vagin, sans que le doigt, porté dans ce canal, pût découvrir la moindre lésion. L'orifice utérin avait repris, le 27 juillet, sa forme habituelle, et son étroitesse ne permettait pas au doigt de pénétrer bien avant dans l'intérieur du col. A cette époque, la péritonite avait disparu ; mais la phthisie pulmonaire, développée pendant le cours de la grossesse, continuait ses progrès. En outre, une tumeur fort large occupait la fesse et la région lombaire gauche ; on crut y sentir de la fluctuation ; on y appliqua la potasse, et l'on fendit l'escarre ; mais on n'arriva point jusqu'au foyer. La malade s'épuisa de plus en plus, et périt enfin dans le marasme, le 19 août.

Examen du cadavre (20 août).

Sérosité limpide dans le péricarde ; poumons tuberculeux ; péritoine et viscères abdominaux sains. Derrière le rein gauche et le colon iliaque est un vaste foyer qui du diaphragme s'étend sur la fosse iliaque, et forme un conduit fistuleux garni d'une sorte de membrane muqueuse noirâtre, lequel, traversant le ligament large, s'ouvre dans le col de l'utérus par une boutonnière de huit à dix lignes de hauteur et occupant le côté gauche de cette cavité. Au-dessus du bassin, une large

ouverture fait communiquer ce foyer avec un autre situé plus en arrière, qui s'étend depuis le milieu du dos jusque dans l'épaisseur de la fesse, et que recouvre une épaisseur d'un pouce environ. Cette épaisseur n'avait été traversée par la cautérisation que dans sa partie la plus superficielle.

II. Le 4 février 1822, j'assistai (1) à l'ouverture du cadavre d'une femme accouchée un mois auparavant. Le bassin, n'ayant que trois pouces d'avant en arrière à son détroit supérieur, avait nécessité la version et la perforation du crâne. Des douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen avaient suivi l'accouchement; une péritonite s'était développée avec beaucoup de violence : cependant les accidens s'étaient calmés, et le vingtième jour de la couche, cette femme se levait et prenait des alimens, quand tout-à-coup se montrèrent de nouveau les frissons, la fièvre et les douleurs.

Examen du cadavre.

Thorax sain.

L'épiploon adhère solidement au foie et à la fosse iliaque droite. Dans l'épaisseur du muscle iliaque et du psoas de ce même côté jusqu'au-dessous du rein, on trouve un énorme abcès dont le pus est infiltré plutôt qu'amassé; ce foyer communique avec le côté droit de l'utérus par une large

(1) Observation de l'Éditeur.

perforation qui paraît avoir séparé les deux lames du ligament large à l'endroit où le col et le corps du viscère se réunissent. L'enfant ayant présenté le vertex dans la deuxième position, la tête a été nécessairement refoulée, pendant la version, vers le côté droit du bassin.

Tout le tissu cellulaire sous-jacent au mésentère et au péritoine voisin du dos est coloré en noir foncé, reste évident d'une ancienne ecchymose.

Sans doute on doit attribuer la lenteur des accidens développés dans ces deux cas à la non pénétration de la plaie utérine dans l'abdomen. Ce sont deux exemples remarquables des faits notés dans le Mémoire, au sujet des ruptures qui n'envahissent point la totalité du tissu de l'utérus. Une autre raison a pu contribuer à rendre moins graves les accidens *primitifs* : c'est que le *col* était spécialement lésé, et nous avons vu que les blessures de cette partie étaient infiniment moins dangereuses que celles du corps utérin. Peut-être en pourrait-on dire autant de quelques-uns des exemples qui vont suivre. Cette réflexion peut s'appliquer à l'observation qui fait le sujet du numéro précédent. On y a vu les contractions utérines persister après la rupture, quoique nous ayons donné, comme un des caractères de cet accident, la suspension des douleurs. Cette particularité tenait sans doute à ce que le désordre était borné au col et avait respecté le corps de l'utérus.

N° IX.

Rupture utérine, guérie; crâniotomie, crochets, etc.

L. Chaimbault, âgée de trente-deux ans, femme peu robuste et offrant quelques traces de rachitisme (fémurs arqués), quoique le bassin fût bien conformé, commença à souffrir pour sa troisième couche le samedi 5 août 1820.

Son deuxième accouchement avait été opéré seize mois avant l'époque actuelle, et terminé par la version du fœtus.

Le 6 août, à trois heures, l'accouchement ne paraissant pas disposé à se terminer spontanément, un accoucheur essaya d'appliquer le forceps; il fut suivi de deux autres qui essayèrent la même opération, et qui introduisirent dans l'utérus tantôt l'une et tantôt l'autre main. Si l'on en croit la malade, ces manœuvres durèrent cinq heures entières; elles ne cessèrent qu'à onze heures du soir.

Le 7, à huit heures du matin, on apporta cette femme à l'hospice, avec le billet suivant:

« La femme Chaimbault est en mal d'enfant depuis hier à midi; les *eaux se sont écoulées* à cinq heures et demie. L'enfant a présenté le cordon ombilical avec la main et le pied réunis, la tête placée sur le détroit supérieur. L'accoucheur appelé pour terminer cet accouchement, ayant ob-

servé qu'il devenait difficile de faire l'extraction de l'enfant, vu l'*application immédiate de la matrice sur toute sa surface*, sans être peut-être obligé de recourir à des moyens qui ne peuvent être employés chez une malheureuse logée au septième étage, dans une alcove extrêmement resserrée, pense qu'elle doit être transportée à la Maternité. »

A son arrivée, cette femme était pâle, faible, et dans un état d'extrême souffrance; elle vomissait des matières verdâtres; le ventre était très-douloureux; les lèvres du pudendum étaient rouges et d'un volume quadruple de celui qu'elles ont habituellement. Dans le vagin étaient la main droite de l'enfant et une anse de cordon flétri, noirâtre et froid; au-dessus était le pied droit, et, au détroit supérieur, la tête tuméfiée et présumée dans la deuxième position du vertex: du moins on sentait une fontanelle assez large en arrière et à gauche.

La mort du fœtus ne pouvait être un moment révoquée en doute; je perçai la fontanelle susdite, je broyai l'encéphale, et le fis sortir à l'aide d'injections, procédé que nous décrirons plus au long par la suite. J'essayai alors de tirer sur la jambe descendue, en repoussant en même temps la tête; mais le pied n'offrit point assez de résistance; le lacs appliqué sur les malléolles le luxa et menaça bientôt de l'arracher entièrement. Un crochet mousse, placé dans l'ouverture du crâne, ne put

nous offrir aucune prise ; les os cédaient trop aisément. Je voulus aller chercher l'autre pied ; mais, effrayée de sentir l'utérus largement fendu et communiquant avec l'abdomen, je n'allai pas beaucoup au-dessus de la tête de l'enfant. Je sentais l'un des orbites en arrière, j'y implantai un crochet aigu, et je fis ainsi descendre, *contre les règles*, la tête, que précédaient le pied et la main, et que suivit promptement le reste du tronc. Le cordon était rompu à son insertion à l'ombilic : il fut coupé un peu trop court et rentra dans la matrice.

L'enfant n'était point putréfié, et son volume n'avait rien que d'ordinaire ; le crâne était percé à la fontanelle antérieure ; le crochet aigu avait porté sur la racine du nez. Du reste, la tête était, ainsi que l'avant-bras et la main droite, profondément ecchymosée. Le pied droit, disloqué, n'offrait aucune ecchymose ; l'épiphyse inférieure du tibia était détachée. Le côté droit du thorax offrait une excoriation.

Nos efforts avaient duré trois quarts d'heure ; mais ils avaient peu fatigué la malade ; elle se trouva tout-à-coup soulagée. Cependant, je portai la main dans l'utérus, et je sentis, *à droite* et en arrière, vis-à-vis la réunion du corps et du col de l'organe, un espace libre, une large ouverture recevant aisément toute la main, et laissant toucher la surface des intestins grêles ; le vagin et l'orifice utéro-vaginal étaient sans déchirure.

A deux heures après midi, on sent le placenta à l'orifice, on le suit avec deux doigts, on l'extrait, et la femme en ressent un nouveau mieux-être. Le pouls reste fort, plein; la peau est chaude; le ventre est sensible, mais sans douleurs; point de lochies, point d'urines.

Le 10 août, sensibilité excessive de l'abdomen, surtout à droite; mais peu de fièvre. (*Boissons adoucissantes, fomentations, etc.*) Amélioration dans les jours suivans. Cependant la fièvre persitait encore le 20 du même mois.

Le 7 septembre 1820, cette femme sortit fort bien portante, quoiqu'un peu pâle et habituellement constipée. Avant son départ, nous trouvâmes le col de l'utérus assez bas, fermé, profondément fissuré *à gauche*, et un peu échancré aussi en avant et en arrière : du reste, il n'était le siége d'aucune sensation douloureuse. Le vagin n'offrait aucune cicatrice.

De ce que nous avons rapporté, on peut conclure que la tête s'est présentée d'abord dans la deuxième position; qu'à l'ouverture des membranes, une main a glissé sous elle, et y est restée pendant le reste du travail, soit qu'on ait tiré sur elle, soit qu'on se soit contenté de ne la point repousser. On a tenté l'application du forceps, et n'ayant pas réussi, on a été à la recherche des pieds; on n'est parvenu à en amener un qu'après avoir facilité le prolapsus du cordon, ou bien

froissé celui-ci, s'il était descendu de prime-abord avec la main. L'enfant était donc déjà mort quand le pied a été amené : voila pourquoi il n'était point ecchymosé comme la main. Cela fait, on aura vainement cherché à amener le second pied, et dans toutes ces manœuvres, on a contus la tête du fœtus, excorié sa poitrine et rompu l'utérus en arrière, lieu plus exposé que tout autre. (*Voyez* ci-dessus, article II.) Voilà ce que m'apprit l'examen de la femme et celui de l'enfant, beaucoup mieux que les relations imparfaites de la malade et le billet suspect de l'accoucheur.

Je remarquerai, au sujet des procédés auxquels les accoucheurs appelés d'abord ont eu recours, qu'on me paraît généralement être tombé dans un excès contraire à celui des anciens. Ceux-ci ne voyaient, dans le plus grand nombre des cas difficiles, d'autre ressource que la crâniotomie et les crochets aigus. Les modernes, au contraire, semblent répugner à l'emploi de ces moyens, même quand ils ont acquis la plus complète certitude de la mort de l'enfant. Les règles prescrites par les modernes à l'emploi de la main et du forceps peuvent beaucoup sans doute ; mais, sans elles, Delamotte, Mauriceau terminaient les accouchemens les plus laborieux, et avec elles on avait ici rompu l'utérus et mis la vie de la mère dans le plus grand danger. Sans doute les moyens que nous avons employés exigent une grande circonspection ; mais ils sont d'une valeur inestimable

entre des mains exercées et habiles, et la présente observation n'est qu'une des innombrables preuves que je pourrais apporter à l'appui de ce que je viens d'avancer.

N° X.

Rupture utérine subaiguë; passage de l'enfant dans l'abdomen; guérison.

Une fruitière, âgée de trente ans, forte, sanguine et d'un embonpoint très-notable, avait eu déjà six enfans, quoique son bassin fût vicié : ces enfans, il est vrai, étaient généralement fort petits (quatre livres), du moins les premiers. Le sixième, fruit d'une seconde alliance, avait seul été fort volumineux (dix livres); il était né spontanément, mais mort, après un travail de vingt-six heures; la tête, qui s'était présentée dans la première position, offrait, au frontal gauche, un enfoncement avec fracture.

Dans l'année 1821, septième grossesse : vers le cinquième mois parut un accès de convulsions suivi, huit jours après, d'un autre, pour lesquels cette femme fut saignée deux fois, émétisée et purgée.

Le 26 juin, premières douleurs, commencement de dilatation. Les douleurs s'accrurent ainsi que la dilatation; mais la tête resta haute.

Le 27, à quatre heures du soir, rupture des membranes; la tête reste au-dessus du détroit supérieur; pouls fébrile, face rouge, délire passager. La sage-femme (madame Fremaux), de qui je tiens

tous les détails qui précèdent, prescrivit une saignée du bras et des bains de siége, moyen qu'on réitéra le lendemain par le conseil d'un accoucheur.

Le 28, douleurs nulles; les mouvemens de l'enfant ont cessé de se faire sentir; l'orifice est épais, resserré, mais dilatable. La tête ne descend pas davantage.

Les jours suivans, la fièvre se soutient; des vomissemens verdâtres ont lieu; un écoulement, d'abord simplement aqueux, puis roussâtre, bourbeux et fétide, s'opère par la vulve; l'abdomen se ballonne, et la femme se plaint de douleurs passagères dans les lombes et fixes dans l'abdomen. Des injections poussées dans le vagin entraînent des débris de membranes et de placenta.

Le 6 juillet, dixième jour, cette femme est apportée à l'hospice dans l'état décrit ci-dessus; les forces sont encore assez bien conservées; la péritonite est évidente, et tout nous fait présumer l'existence d'une rupture subaiguë de l'utérus.

Après quelques injections, je touchai cette femme : l'orifice était mou, ouvert, un peu irrégulier, mais sans déchirure; parmi quelques débris, j'amenai un petit corps solide : c'était une dent incisive que la putréfaction paraissait avoir fait sortir des mâchoires d'un fœtus de volume médiocre. A quelque hauteur qu'on portât le doigt, on ne pouvait rien sentir de ce fœtus. En portant la main dans l'orifice utérin, je me trouvai dans une ample cavité dont les parois étaient écartées

et soutenues par des gaz putrides; dans cette cavité, ma main n'était séparée de l'extérieur que par la simple épaisseur des parois de l'abdomen, épaisseur, comme on sait, fort peu considérable à la ligne blanche amincie par la grossesse. Je pus m'assurer que j'avais traversé d'abord le col de l'utérus, puis une ouverture transversalement pratiquée entre le col et le corps de cet organe; ouverture assez large pour que la partie qui lui était supérieure fût détachée au trois quarts du reste du viscère et renversée en arrière, seul point où l'on pût suivre la continuité des parois. Pour m'assurer de cette disposition, j'introduisis les doigts dans le fond de l'utérus, puis j'en embrassai la convexité avec toute ma main. Au milieu de ces recherches je sentis un amas de lambeaux putrides dans lesquels je crus reconnaître les pieds d'un enfant : je les tirai, et j'amenai ainsi au dehors la totalité d'un petit cadavre mollasse, extensible et presque liquéfié; des gaz s'échappèrent en même temps avec bruit et à plusieurs reprises.

Je n'entrerai pas dans un détail circonstancié des suites de cet accouchement : qu'il suffise de savoir que la fièvre se soutint à un degré modéré pendant quelques jours; que la péritonite diminua de jour en jour par une progression rapide, et que les facultés morales n'éprouvèrent pas la moindre altération. Un écoulement muqueux médiocre et quelques douleurs de rein ont seuls persisté pendant quelque temps.

Le 15 juillet, cette femme voulut rentrer dans son ménage : sa santé était déjà fort bonne; l'utérus, remarquable par sa dureté, s'élevait encore jusqu'au-dessus de l'ombilic, il était incliné à gauche ; le vagin, intact, n'offrait aucune trace d'ancienne lésion; l'orifice utérin laissait à peine entrer le doigt; il n'offrait d'autre irrégularité que quelques fissures cicatrisées, comme on en trouve chez toutes les femmes qui ont eu un certain nombre d'enfans. J'ai vu pendant plus d'un an cette femme jouir de la meilleure santé, et sans doute elle existe encore aujourd'hui.

N° XI.

Plusieurs observations de rupture utérine et vaginale, mortelle.

I. Le premier de ces deux faits a été déjà rapporté dans le troisième Mémoire, sous le numéro 15 ; on a pu y voir que des manœuvres imprudentes avaient déchiré le vagin en arrière et à gauche, et que l'utérus participait, dans sa partie inférieure, à cette lésion. J'ajouterai que l'examen du cadavre fit découvrir une autre rupture ayant son siége à la vessie urinaire. On remarquera que, bien que les intestins eussent fait irruption dans le vagin, le fœtus n'avait point passé dans l'abdomen, et cette réflexion est applicable à plusieurs des cas dont j'ai parlé jusqu'ici : cette particularité tient sans doute à l'inertie de la matrice, qui

ne faisait aucun effort pour chasser l'enfant, soit par la voie naturelle, soit par la blessure. Lorsque la déchirure a son siége dans le corps même de l'organe et vers son fond, sa seule tonicité suffit pour en faire sortir l'enfant et le précipiter dans la cavité abdominale. Il faut des efforts plus soutenus quand l'ouverture occupe le bas du col ou seulement le vagin.

II. Voici la deuxième observation : elle a pour objet une femme petite, maigre et portant des traces de rachitisme. Cette femme commença à souffrir le 31 mai 1810 à minuit. Trois ans avant, elle avait été accouchée au moyen du forceps; l'enfant n'avait donné que quelques signes de vie. Deux ans plus tard, un deuxième accouchement a été spontané; mais l'enfant était fort petit et non viable.

Cette fois, le travail s'étant suspendu après quelques heures de durée, on essaya d'appliquer le forceps. On y renonça après plus d'une heure de tentatives. On y revint dans l'après-midi; on s'y acharna pendant deux heures sans plus de succès que la première fois. Deux autres accoucheurs (MM. Gardien et Maygrier) n'osèrent rien entreprendre, tant la faiblesse était grande; et l'on nous apporta la malade le 1er juin à neuf heures du soir. Elle était dans l'état suivant : faiblesse et brisement extrêmes, froid général et surtout remarquable aux extrémités; pâleur excessive, lèvres sèches et noires (*adynamie fébrile*), nausées excitées par la moindre quantité de boissons; souf-

frances renouvelées au moindre mouvement; douleurs continues dans l'abdomen, sensibilité extraordinaire du côté gauche, gonflement douloureux des parties externes de la génération.

La tête du fœtus était dans le vagin, et par conséquent dans l'excavation pelvienne; on pouvait la voir en écartant les lèvres de la vulve : cependant on pouvait sentir encore l'angle sacro-vertébral, et estimer à trois pouces le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal.

La faiblesse était telle (pouls filiforme) que M. Dubois fut d'avis de ne rien tenter jusqu'à ce que les forces fussent quelque peu rétablies : c'est à quoi on tâcha de parvenir en réchauffant la surface du corps et en administrant, par petites doses, une potion fortifiante.

A deux heures du matin, cette femme accoucha brusquement, presque sans efforts et sans douleurs, d'un enfant mâle du poids de six livres, mort et putréfié. Le placenta sortit ensuite avec plus de facilité encore; il était petit et sans altération; l'ouverture des membranes était voisine d'un de ses bords. Une tumeur sanguine fort considérable, recouvrant le pariétal gauche de l'enfant, indiquait que la tête avait offert le vertex dans la deuxième position. Le frontal droit offrait une dépression très-marquée, quoique sans fracture, et indubitablement due à la saillie du sacrum; tous les os du crâne jouissaient d'une grande mobilité. Toute la tête, le cou, le haut du thorax et des

bras étaient fortement ecchymosés, contus, excoriés en plusieurs endroits, surtout du côté gauche, bien que l'épiderme ne se détachât point ailleurs du corps de la peau.

L'expulsion du fœtus produisit un soulagement très-marqué : cependant la sensibilité du ventre et les douleurs abdominales, les vomituritions, la faiblesse et la pâleur persistaient encore le 2 juin au matin. Ces symptômes, et surtout ceux de l'affaiblissement, ne cessèrent de faire des progrès pendant tout le jour, et la femme expira à onze heures du soir.

Examen du cadavre (5 juin).

Le sujet est généralement pâle ; sa taille est petite ; les poignets sont noueux, les cuisses courtes et arquées.

Sérosité rouge et sanglante dans le péricarde ; poumons adhérens, mais sains du reste.

Dans l'abdomen, plusieurs caillots et des grumeaux de l'enduit sébacé du fœtus (1) sont épars sur les intestins, et baignés par une sérosité trouble et roussâtre, produit évident d'une péritonite et d'un écoulement sanguin par les vaisseaux rompus. Les intestins grêles sont ecchymosés en plusieurs endroits, rouges et enflammés au dehors dans beaucoup d'autres.

---

(1) Ce n'étaient point des flocons d'albumine ; un examen scrupuleux m'en a convaincu. (*Note de l'Éditeur.*)

L'*utérus*, large de quatre à cinq pouces, est généralement rouge, sain en devant aussi-bien que la vessie urinaire; mais en arrière on y voit, 1°. un trou assez grand pour admettre le pouce, percé dans la paroi postérieure du col vers son milieu, sans ecchymose à ses environs; 2°. une grande ouverture à bords lacérés et ecchymosés, occupant toute la moitié supérieure de la paroi postérieure du vagin complètement détruite en cet endroit.

Le détroit supérieur du bassin est estimé à trois pouces moins un quart dans son diamètre antéro-postérieur. Le rachis n'est point contourné.

III. A ces deux faits, je joindrai quelques mots sur un troisième cas qui prouve, aussi-bien que le dernier, le danger des ruptures du vagin, et semble indiquer aussi que ce danger est moins imminent qu'après les plaies de l'utérus. M. Math..., entrée à l'hospice le 9 décembre 1815, était en travail depuis trente-six heures; l'orifice utérin était épais et dur quoiqu'assez largement ouvert, et l'utérus avait cessé de se contracter. Nous jugeâmes qu'il fallait suppléer la nature impuissante, et l'orifice offrant une largeur suffisante, je me décidai à appliquer le forceps. La tête s'offrait dans la première position; l'application fut régulière, mais l'extraction fut un peu pénible; le vagin semblait participer à la dureté de l'orifice utérin : cependant nous parvînmes bientôt à amener une fille vivante et du poids de six livres. La mère se porta bien dans les premiers jours; mais

bientôt se développa une péritonite qui l'enleva au neuvième jour de ses couches.

A l'ouverture du cadavre, outre l'épanchement ordinaire après cette phlegmasie, on trouva, à la partie postérieure et supérieure du vagin, une rupture assez considérable. Des adhérences couenneuses avaient empêché la matière de l'épanchement séro-purulent de s'échapper par le vagin.

N° XII.

Rupture du vagin guérie; perforation du crâne, etc.

La nommée Manette Pon....., âgée de vingt-huit ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, ayant le bassin bien conformé, parvenue à la révolution du neuvième mois de sa première grossesse, fut apportée à la Maison d'Accouchement le 13 octobre 1815, à six heures du soir.

Le travail de l'accouchement durait depuis cinq jours; il y en avait quatre que l'eau de l'amnios était écoulée.

On apprit que plusieurs personnes avaient tenté d'opérer l'accouchement, soit en allant à la recherche des pieds de l'enfant, soit en appliquant le forceps.

Lors de l'entrée de la malade, la face était pâle, le pouls très-faible, la peau couverte d'une sueur visqueuse et froide, les idées incohérentes,

et la prostration extrême. Les parties externes de la génération étaient rouges, tuméfiées, et le périnée rompu presque jusqu'au sphincter de l'anus.

Tant de désordres attestaient ceux qui devaient avoir lieu aux organes génitaux internes ; mais on ne put s'en assurer alors, la tête de l'enfant occupant l'excavation du bassin, et s'engageant déjà entre les lèvres de la vulve.

La laxité des commissures membraneuses du crâne de l'enfant rendait les os vacillans ; une anse de cordon ombilical qui précédait la tête était sans pulsations ; on y avait appliqué, je ne sais dans quelle vue, une ligature faite avec une *ficelle*.

Les contractions de l'utérus avaient cessé.

Cette dernière remarque jointe à l'état d'épuisement des forces de la malade, et la mort de l'enfant bien certaine et bien constatée, ne présentaient d'autre indication pour opérer l'accouchement que la perforation du crâne, à laquelle on procéda sans délai. La masse cérébrale évacuée, on dégagea facilement la tête ; mais on éprouva beaucoup de difficultés à extraire le tronc, l'utérus s'étant, pour ainsi dire, moulé à la forme de l'enfant.

Après l'expulsion du placenta, il survint une légère hémorrhagie utérine, qui heureusement ne se soutint pas. On vérifia ensuite l'état des parties internes de la génération. On avait déjà prévu et annoncé aux élèves qu'il existait une rupture soit

à l'utérus, soit au vagin : en introduisant un doigt dans ce canal, on reconnut qu'il était séparé du col de l'utérus dans toute sa moitié postérieure. L'état de la malade ne permettait pas un plus ample examen, et l'on ne s'occupa qu'à relever ses forces.

La nuit fut des plus alarmantes; le pouls ne se releva point quoique l'hémorrhagie eût cessé. Le lendemain, les accidens persistèrent; quelques douleurs ressenties dans l'abdomen furent combattues par des fomentations émollientes; on évita toute espèce de mouvement, et l'on soutint les forces en donnant par intervalles quelques tasses de bouillon, un peu de bon vin, une potion cordiale, etc.

Le deuxième jour, les parties génitales étaient tuméfiées; il se manifesta à l'entrée du vagin une escarre gangréneuse pour laquelle on fit les lotions convenables; mais on évita les injections à cause de l'accident précité. Les lochies étaient noirâtres et putrides; il sortit du vagin un caillot volumineux et d'une fétidité extrême.

Le troisième jour, mieux général. Les forces parurent se relever, la sécrétion du lait se fit. Le quatrième, ce mieux se soutint; le pouls avait encore un peu de fréquence qu'il conserva pendant plusieurs jours.

Dès-lors l'état de la malade s'améliora graduellement. La sécrétion des urines était très-abondante; mais son évacuation, qui, durant huit à dix

jours, n'avait pu se faire qu'au moyen de la sonde, fut ensuite pendant quelque temps involontaire, et put faire craindre l'existence d'une fistule urinaire; mais on fut bientôt rassuré par le rétablissement complet de cette fonction. Aux caillots fétides qui, dans les premiers jours, sortaient du vagin, succéda un écoulement abondant de matières purulentes. Cet écoulement diminua peu à peu, et la malade sortit parfaitement rétablie le vingtième jour de ses couches.

Avant son départ, le vagin présentait peu de profondeur; l'orifice de l'utérus, très-altéré dans sa forme, se confondait avec les inégalités de la cicatrice, dont il était impossible de le distinguer. Le corps de la matrice était réduit au volume qu'il doit naturellement avoir à pareille époque.

L'obscurité des détails que nous donnèrent les personnes qui amenèrent la malade, et qu'elle nous fournit elle-même par la suite, ne nous permit que de former des conjectures sur la marche du travail, sur les obstacles que la nature rencontra dans l'expulsion de l'enfant, et enfin sur les procédés qui furent employés pour la terminaison de l'accouchement.

Il est présumable que les membranes s'étaient ouvertes dès le début du travail; que la tête, encore au-dessus du détroit abdominal, laissa glisser au-dessous d'elle une anse du cordon ombilical; que l'enfant était vivant alors, et que sa mort fut

l'effet de la compression des vaisseaux ombilicaux.

La tête de l'enfant, très-volumineuse, affectant une direction défavorable, s'engagea difficilement; l'utérus, fatigué par des efforts impuissans, cessa de se contracter, et alors vinrent les tentatives mal dirigées et répétées infructueusement pour opérer l'accouchement.

Quant à la rupture du vagin, elle fut sans doute produite par les efforts que l'on dut faire pour repousser la tête de l'enfant au-dessus du détroit abdominal, dans la vue d'aller chercher les pieds, et lorsqu'elle avait peut-être déjà franchi l'orifice de l'utérus; méthode vicieuse qui ne manque jamais de produire cet accident. En effet, la cavité de la matrice se resserre à mesure que les corps qu'elle contenait en sont expulsés, et ne peut se développer de nouveau pour les admettre: ainsi, lorsque la tête a franchi l'orifice de l'utérus, son refoulement au-dessus du détroit abdominal ne s'effectue que par l'allongement démesuré du vagin, allongement qui, d'ailleurs, a des bornes d'autant plus circonscrites que le vagin est déjà distendu et dilaté par la tête de l'enfant.

L'application du forceps, à laquelle on avait aussi eu recours, n'eut pas un meilleur succès: en effet, la tête de l'enfant n'offrit plus après sa mort une prise solide à cet instrument; il glissa sur elle, franchit brusquement les parties de la génération, et, sans avoir amené la tête, il rompit le périnée.

C'est ainsi, je pense, que peut s'expliquer l'é-

tat déplorable dans lequel était cette femme lors de son arrivée, et les désordres que présentaient les organes génitaux.

N° XIII.

Plusieurs exemples d'hémorrhagie par rupture d'une varice vaginale ou vulvaire.

I. Une femme lymphatique, âgée de vingt-cinq ans, accoucha, pour la deuxième fois, le 8 janvier matin, après un travail de quatre heures. L'enfant pesait cinq livres et demie.

L'utérus s'était contracté, et cependant on s'aperçut, dans l'après-midi, que cette femme perdait plus de sang que les lochies n'en doivent donner; elle pâlissait et s'affaiblissait. Des linges froids et humides, une injection d'eau froide dans le vagin n'avaient point arrêté l'hémorrhagie. Je touchais, d'ailleurs, l'utérus bien contracté et tout-à-fait vide. J'écartai alors les lèvres de la vulve, et j'observai, sur la nymphe gauche tuméfiée et ecchymosée, une petite ouverture fournissant un jet de sang semblable à celui d'une saignée. J'appliquai sur cette déchirure un morceau d'agaric soutenu par un tampon de charpie : l'hémorrhagie s'arrêta; la femme reprit ses forces, et sortit de l'hospice, fort bien portante, quelques jours après.

II. Chez une deuxième femme, âgée de dix-huit ans, également lymphatique, à en juger par son

excessive pâleur, j'observai, le 17 décembre 1815, un accident analogue. Ce ne fut que deux heures après l'accouchement qu'on remarqua que les lochies coulaient avec trop d'abondance : le froid n'empêcha pas la perte de continuer, et une syncope survint. L'utérus était bien resserré; je cherchai en conséquence ailleurs la source de l'hémorrhagie. Je la trouvai dans une petite déchirure placée à l'entrée du vagin : un point de compression arrêta l'effusion sanguine; mais les syncopes se répétèrent encore, et les suites de couches furent prolongées par l'extrême faiblesse de la malade. Le sixième jour, elle fut prise des premiers symptômes d'une péritonite bilieuse, qui céda presqu'entièrement au vomitif. Cette femme partit néanmoins sans attendre son parfait rétablissement.

III. Une autre femme n'éprouva les accidens ci-dessus mentionnés que le quatrième jour après un travail fort long. Une petite escarre, détachée par suppuration de l'entrée du vagin, avait ici donné lieu à l'ouverture d'une veine; dans les deux cas précédens, l'ouverture avait été le résultat d'une violence plus considérable imprimée par la tête du fœtus aux parois du vagin ou de la vulve, à la fin du travail. Dans le cas par la description duquel nous terminerons cet article, la déchirure parut être le résultat de la distension des veines variqueuses, effectuée par le sang refoulé de haut en bas dans leur intérieur.

IV. Au moment où la tête du fœtus s'appro-

chait des parties extérieures de la génération, une quantité considérable de sang s'écoula tout-à-coup sous la malade ; l'écoulement était continu et avait lieu aussi-bien dans l'intervalle des douleurs que pendant leur durée : seulement les contractions de l'utérus chassaient chaque fois un flot d'eau de l'amnios qui ne se mêlait au sang que hors des organes génitaux. Cette circonstance prouvait que l'hémorrhagie n'avait point sa source dans l'utérus ; et en effet, il me suffit d'écarter les lèvres de la vulve pour apercevoir, à l'entrée du vagin, une petite ouverture par laquelle jaillissait du sang veineux. Je me contentai d'abord d'en pincer les bords à l'aide de mes doigts, et bientôt la tête, comprimant elle-même l'ouverture, m'exempta de ce soin ; mais, après l'accouchement, l'hémorrhagie se renouvela, quoique l'utérus fût convenablement rétracté. La compression, exercée de la manière que j'ai indiquée dans le premier exemple, suffit également ici pour arrêter l'effusion du sang et permettre une prompte guérison. Ce moyen ne demande qu'une attention : c'est de surveiller l'utérus afin de désobstruer le vagin si l'on soupçonnait que les lochies s'y accumulassent d'une manière inquiétante.

N° XIV.

Plusieurs exemples de thrombus vagino-vulvaires.

Ce genre d'accident n'est pas très-fréquent, et je n'en ai jamais observé d'exemple aussi grave

et aussi funeste que ceux de Boër. J'en vais rapporter succinctement quelques-uns, et l'on pourra remarquer qu'ils se produisent quelquefois avant l'accouchement, quoique la tête du fœtus, qui cause la déchirure, s'oppose aussi à l'effusion du sang (1) et à son infiltration.

I. Une de mes élèves, établie à Noisy-le-Sec, fut appelée, le 17 août, à sept heures du soir, près d'une femme pléthorique, âgée de vingt-sept ans, et parvenue au terme de sa première grossesse. Cette femme avait constamment refusé la saignée, malgré les incommodités auxquelles elle avait été soumise. A la partie latérale gauche du vagin, on sentait quelques inégalités mollasses, assez saillantes et probablement variqueuses. La tête s'avançait dans la deuxième position; le travail marchait régulièrement, et à dix heures du soir, l'accouchement était terminé.

Le 19 août matin, cette femme est prise d'une syncope. La sage-femme veut s'assurer de l'état de l'utérus, et elle sent, entre les cuisses de la femme, une tumeur lisse, rénitente, violacée, de la grosseur (à-peu-près) de la tête d'un adulte, et formée par le développement de la grande lèvre

(1) Elle produit alors l'effet du tampon que nous avons conseillé dans l'art. 3e du Mémoire : aussi toutes les observations de Boër offrent-elles des thrombus développés après l'accouchement. Mais l'infiltration peut très-bien s'opérer dans les parties que la tête ne comprime pas encore, dans les lèvres de la vulve, par exemple.

gauche. Éloignée de toute autre personne de l'art, cette sage-femme se décida à faire à la tumeur une ouverture par laquelle elle put extraire une grande quantité de caillots noirâtres et fétides, que contenait, non-seulement la grande lèvre, mais encore le tissu cellulaire du bassin. Après cette opération, des injections répétées suffirent à la détersion du foyer, qui, trois semaines après, était totalement cicatrisé, sans que la femme eût éprouvé d'autre accident qu'une légère fièvre bilieuse.

II. Le 8 janvier 18..., j'observai à l'hospice un accident de la même nature : celui-ci précéda l'accouchement. La tumeur se développa en moins d'un quart d'heure, au moment où la tête descendait dans le vagin; elle parut envahir principalement la nymphe gauche, et acquit promptement un volume assez considérable pour obstruer le vagin et arrêter la marche du travail, qui durait déjà depuis seize heures. Cependant, deux heures après cet événement, la tumeur se rompit et donna issue à un énorme caillot de sang; la tête alors put s'avancer, et l'accouchement fut à l'instant terminé. La femme était d'une constitution très-faible, âgée de vingt-six ans, et enceinte pour la première fois. Une escarre gangréneuse a enveloppé les bords de la déchirure; mais la guérison n'en a été que fort peu retardée.

III. Un thrombus presqu'aussi volumineux et s'étendant plus haut sur le côté du vagin, se dé-

veloppa pendant l'accouchement chez une dame de ma clientèle. Cette tumeur s'accrut après la sortie de l'enfant, retint, dans le vagin et l'utérus, le sang des lochies, causa ainsi la distension de la matrice, et, par suite, une hémorrhagie interne des plus alarmantes. Heureusement, dans les efforts que je fis pour introduire ma main dans cet organe afin d'en extraire les caillots, je rompis involontairement la tumeur vers l'entrée du vagin ; il en sortit beaucoup de sang coagulé ; elle s'affaissa, et tous les accidens qu'elle avait fait naître se dissipèrent avec elle sans aucun traitement particulier. Dans les deux derniers faits que je viens de rapporter, l'épanchement du sang dans le tissu cellulaire pelvien et sous-cutané avait été accompagné d'une douleur vive et continue.

N° XV.

Deux exemples de rupture totale du périnée, avec lésion de l'anus ou du rectum ; guérison.

I. Le 12 mars 1821, une femme lymphatique, infiltrée, et d'un embonpoint assez considérable, accoucha pour la première fois. Le travail avait duré huit à dix heures : l'enfant pesait six livres; il était vivant.

Dans les derniers temps du travail, la vulve, naturellement fort étroite, et rétrécie encore par l'œdématie des grandes lèvres, résistait fortement ; le périnée était violemment distendu : tout-à-

coup la peau s'éraille le long du raphé, et une déchirure superficielle occupe la longueur du périnée. Vers l'anus, la déchirure est plus profonde, et il en sort béaucoup d'eau qui ne peut être que celle de l'amnios, tant le jet en est considérable.

Cependant la matrice redoublait d'efforts, et après cinq douleurs, elle fit franchir à la tête sa dernière barrière. Malgré les soins de trois personnes, dont les mains, appliquées l'une sur l'autre, soutenaient le périnée, cette partie fut totalement rompue d'un bout à l'autre. Le sphincter de l'anus paraissait intact; mais, à un demi-pouce au-dessus de la marge la plus extérieure de cette ouverture, je sentis que la cloison recto-vaginale était considérablement amincie, et réduite à la seule épaisseur de la membrane muqueuse du rectum: cet amincissement avait plus d'un pouce de hauteur. De la cuisson, des douleurs supportables furent les seules suites de cet accident. Les soins de propreté et le rapprochement des cuisses suffirent pour consolider les parties entamées : seulement la vulve resta échancrée en arrière; mais nulle incommodité ne s'ensuivit.

II. Dans le mois de septembre 1820, une autre femme, également primipare, souffrait depuis vingt-quatre heures; et, quoique la dilatation fût complète, la tête restait au-dessus du détroit abdominal, qui sans doute était un peu difforme. Les membranes étant intactes, j'en profitai pour opérer la version. Trouvant peu de facilités à

agir de la main gauche, que j'avais d'abord introduite, je lui substituai la droite (deuxième position du vertex), et j'eus bientôt amené les pieds et le tronc du fœtus. La tête résistait: vainement, pendant un quart d'heure, chercha-t-on à la faire descendre en abaissant la mâchoire inférieure; on porta alors deux doigts sur les côtés du nez : aussitôt la tête descendit brusquement, et, s'échappant avec violence, déchira le périnée jusqu'à l'anus, dont le contour fut entamé jusqu'à un demi-pouce de profondeur. Cependant le bas du rectum pouvait encore se fermer volontairement : aussi la guérison fut-elle si prompte que, dix jours après l'accouchement, cette femme put sortir de l'hospice. Les déjections étaient alors aisément retenues, et la plaie du périnée était en partie cicatrisée au voisinage de l'anus, quoiqu'on n'eût employé d'autre moyen que la propreté et le rapprochement des cuisses. Cette femme, forte, sanguine, avait aussi été saignée après son accouchement, pour dissiper les symptômes d'une fièvre angioténique commençante.

Je pourrais rapporter plusieurs cas plus fâcheux, et qui ont été suivis d'une incontinence incurable ; mais cette sorte de faits est généralement bien connue, et je préfère m'occuper d'un genre de rupture qui, comme je l'ai fait entrevoir dans le Mémoire qui précède, me paraît avoir donné lieu à quelques erreurs : je veux dire la

rupture du périnée dans sa partie moyenne, ou même dans sa partie postérieure seulement, avec ou sans lésion de la cloison recto-vaginale. Ce genre de déchirure est moins rare qu'on ne serait peut-être disposé à le penser, et le mécanisme auquel j'en attribue la production en fera peut-être mieux concevoir la possibilité et la fréquence. La première des deux observations que je viens de rapporter pourrait, jusqu'à un certain point, être rapportée à ce genre, puisque la déchirure a d'abord été plus profonde en arrière, que, là même seulement, elle a d'abord envahi toute l'épaisseur du périnée, et que la cloison recto-vaginale y a participé, du moins dans les trois quarts de son épaisseur.

N° XVI.

Plusieurs exemples de rupture centrale du périnée.

I. Chez une femme *primipare* qui, après son accouchement, se plaignait d'une vive cuisson à la partie postérieure de la vulve, je trouvai, dans l'année 1820, une déchirure à la partie postérieure de l'orifice inférieur du vagin : cette déchirure pénétrait profondément dans le tissu cellulaire; mais la peau d'une part, et la cloison rectale de l'autre, n'étaient nullement atteintes; la guérison ne se fit guère attendre, et des lotions émollientes en firent tous les frais.

Nul doute qu'un reste de la membrane hymen,

un rétrécissement, une bride membraneuse n'aient donné lieu à cette déchirure, qui, si la vulve eût été plus étroite, se serait propagée jusqu'au centre du périnée, et peut-être jusque dans le rectum.

II. Dans l'année 1818, une jeune femme, également enceinte pour la première fois, ayant la vulve beaucoup plus étroite, était, depuis plusieurs heures, parvenue au dernier temps du travail. On aperçut, sur le milieu du périnée, qui souffrait alors, ainsi que l'anus, une énorme distension, une tache brunâtre. Cette teinte tenait à l'excessif amincissement de la peau, à sa demi-transparence, qui permettait d'apercevoir sous elle la peau chevelue du fœtus, comme elle en laissait toucher presqu'à nu la surface. Cette tache était peu tendue dans l'intervalle des douleurs. Malgré les efforts les plus soutenus et les mieux dirigés, nous ne pûmes empêcher la rupture de cette portion amincie; elle s'opéra au moment même où la tête, dilatant forcément la vulve, s'échappait brusquement au dehors.

Dans les jours suivans, le périnée, comme le reste des organes génitaux, perdit un peu de son étendue, et alors la plaie offrait six lignes de longueur; elle était comprise entre deux parties saines, dont l'une formait en devant un pont d'un demi-pouce de largeur, la fourchette étant parfaitement intacte; l'autre constituait la marge de l'anus, et, entre la plaie et cette ouverture, il existait une distance d'environ trois lignes. Cette

plaie communiquait avec le vagin à cinq ou six lignes au-dessus de la fourchette. Quinze jours après l'accouchement, les choses restant en cet état, M. Dubois conseilla de couper la fourchette et le pont qui en faisait partie. Cette opération faite, la plaie diminua peu à peu et ne laissa d'autre trace qu'une gouttière peu profonde.

III. Le 8 février 1818, la nommée Desch..... se trouva absolument dans les mêmes circonstances que celles dont il vient d'être question: seulement la tache périnéale était tendue, lisse et blanchâtre. Comme chez l'autre, nos efforts n'empêchèrent point la rupture centrale d'avoir lieu au moment où la tête *sortait par la vulve*. La fourchette était également restée intacte avec une portion de peau de six lignes de large, et le sphincter de l'anus était d'autant plus intact que la plaie, au lieu d'être tout-à-fait longitudinale, se dirigeait vers la fesse droite. Cette dernière portion de la déchirure était assez superficielle; elle faisait une grande partie de sa longueur totale, laquelle était à-peu-près de trois pouces. L'ouverture pénétrait également dans le vagin.

Cette femme mourut d'une pneumonie scarlatineuse. Les organes génitaux étaient tuméfiés et gangrenés en partie. L'enfant s'était présenté dans la deuxième position du vertex; il pesait quatre livres. Le travail avait duré quinze heures.

IV. Dans le cours de l'année 1820, une de mes élèves m'écrivit pour me demander des conseils

sur sa propre position. Elle était accouchée spontanément, et après une première grossesse, d'un enfant peu volumineux. Cet enfant, m'écrivait-elle, avait traversé le périnée sans rompre la fourchette ni le sphincter de l'anus, quoique la plaie s'étendît depuis le bord même de cette ouverture jusqu'à trois lignes de la vulve. Un chirurgien du pays avait, à trois reprises différentes, pratiqué la suture entre-coupée; il avait même rafraîchi pour cela les bords de la plaie, le tout sans aucun succès. Cependant, à l'époque où elle m'adressait sa lettre, la déchirure s'était cicatrisée vers l'anus, et n'avait plus que quatorze lignes de longueur.

Il est évident qu'une telle disposition ne requérait autre chose que la section de la bride qui restait encore, et qui, dans un deuxième accouchement, aurait pu causer quelqu'embarras.

Quant au prétendu passage de l'enfant à travers le périnée, rien n'est moins constaté que cet événement : remarquons à ce sujet que, dans les derniers momens du travail, toutes les femmes qui accouchent pour la première fois imaginent que l'enfant *va se faire jour par l'anus;* il en est même beaucoup qui énoncent hautement cette crainte.

V. Le 9 juin 1821 (1) au soir, une femme de

(1) J'ai été témoin oculaire de cet événement, ainsi que de celui de la première observation et de la sixième. J'ai assisté à l'opération décrite dans l'observation deuxième, et j'ai examiné les femmes des observations 3 et 7.

(*Note de l'Éditeur.*)

vingt-deux à vingt-trois ans, enceinte de son premier enfant, était parvenue, après un travail d'une heure, à la dernière période. Pendant deux heures l'étroitesse seule de la vulve retint la tête du fœtus prête à s'échapper. Cette tête pressait de telle sorte le périnée et la région de l'anus que la vulve ne figurait qu'une boutonnière d'un pouce et demi de longueur, ouverte *sur le côté antérieur et près la base* de la tumeur périnéale. Un amincissement déjà plusieurs fois décrit se forma au-devant de l'anus, et la pellicule cutanée, quoique vigoureusement soutenue, se déchira, *même avant que la tête eût dilaté la vulve;* une plaie d'un pouce de longueur donnait issue à du sang et à des mucosités. Cette plaie se confondait avec l'anus. Cependant, après que la tête eut, sous nos yeux, franchi la vulve, on put s'assurer que la peau et la muqueuse extérieure de l'ouverture naturelle du rectum étaient seules intéressées; tout le reste du périnée, *et la fourchette même,* étaient intacts. Cette plaie longitudinale n'avait plus alors que cinq lignes de longueur; une sonde poussée dans sa profondeur arrivait dans la partie inférieure du vagin. Au bout de quelques jours, un léger gonflement inflammatoire avait obstrué la blessure; et le dixième jour après l'accouchement, lorsque la malade sortit de l'hospice, les parois du sinus paraissaient complètement agglutinées.

VI. M. J. Mart..., âgée de vingt-quatre ans,

accoucha pour la première fois le 10 février 1820, d'un enfant bien portant. Aussitôt après on s'aperçut qu'il existait, aux parties génitales, des désordres plus graves que de coutume. La sage-femme qui l'avait accouchée assura (sans doute pour éviter des inculpations assez fondées) que, pendant le travail, un lavement administré par elle était sorti par la vulve, et que, dans l'accouchement même, un bras s'était un moment montré par l'anus.

Je touchai cette femme, en portant le doigt par la vulve, et je reconnus, 1°. qu'une fente large et à bords douloureux occupait le bas de la *cloison recto-vaginale*; 2°. qu'à partir de cette fente on descendait en arrière dans le rectum et vers l'anus qui était sain; en avant, dans une déchirure qui s'ouvrait au milieu du périnée; 3°. enfin que la fourchette était intacte. J'avais remis au lendemain un examen plus circonstancié; mais quelques symptômes de péritonite, que dissipèrent les saignées locales et générales, me forcèrent d'attendre le deuxième jour. Je m'assurai alors par mes yeux que la plaie du périnée était *récente*, et que la suppuration commençait; qu'elle était placée immédiatement au devant de l'anus, dont le sphincter était intact et éloigné d'un pouce de la commissure des grandes lèvres.

Cette femme éprouva plusieurs autres accidens morbides, et sortit de l'hospice après cinq à six semaines de séjour : l'ouverture périnéale était

alors fistuleuse, mais trop petite pour admettre même le doigt indicateur. Les matières fécales les plus liquides passaient seules par la vulve, et tout faisait espérer qu'elles cesseraient bientôt totalement de sortir par cette voie.

VII. A ces exemples je puis ajouter celui d'une femme qui accoucha de son deuxième enfant à l'hospice; elle portait au périnée une fistule vaginale, résultat probable de son premier accouchement, et dont elle-même n'avait jamais soupçonné l'existence. Cette disposition ne nuisit en rien à la régularité des phénomènes du travail.

IXe MÉMOIRE.

Procidences.

§ Ier. *Définition, division.* Sous le titre de *procidences*, je comprendrai dans ce Mémoire un genre d'accidens assez commun, et qui peut être regardé comme une complication possible de toutes les positions dont nous avons donné l'histoire dans les deux premiers volumes. Le mot que j'adopte ici m'a paru préférable à celui de *prolapsus*, que l'on applique plus généralement au relâchement et à la descente de quelqu'organe de la mère, comme le vagin, l'utérus, le rectum et peut-être la vessie (1) ou l'urètre. La procidence sera pour nous la chute *intempestive* d'une partie quelconque du fœtus qui, vu sa ténuité ou sa mobilité, ne pourra constituer par elle-même une *position* particulière, et qui, au contraire, accompagnera ordinairement la présentation d'une région plus étendue. Ainsi le cordon ombilical, les pieds et les mains du fœtus, soit isolément, soit simulta-

(1) *Voyez* le tom. Ier, pag. 124.

nément (1), peuvent se présenter au dehors en même temps que la tête, les fesses (2), l'épaule; et de là naîtront autant de genres et d'espèces, que nous aurons occasion de rappeler souvent par la suite, et qu'on peut embrasser d'un coup d'œil dans le tableau ci-joint.

GENRES.	ESPÈCES applicables à chacun des 4 genres.
Présentations:	*Procidences:*
1°. Du vertex;	1°. Du cordon ombilical;
2°. De la face;	2°. D'une main;
3°. Des fesses;	3°. D'un pied;
4°. D'une épaule.	4°. Espèces composées.

Je ne range point parmi les espèces de procidences celles du coude et du bras, celles de la jambe et du genou, qui se rapportent évidemment à la deuxième et à la troisième des espèces indiquées dans la liste qui précède. Quant aux genres mentionnés dans cette même liste, on s'étonnera peut-être de n'y point rencontrer les positions de l'abdomen, que la plupart des auteurs anciens et modernes ont données pour la prédisposition la plus ordinaire à la procidence du cordon. Je me suis, sur ce sujet, assez clairement

(1) *Voyez* le troisième tableau du deuxième volume, et Delamotte, *obs.* 303, 304, 319, 320; Portal, p. 157; Mauriceau, *obs.* 145; Amand, pag. 216, 173, etc.

(2) C'est-à-dire, en somme, l'extrémité pelvienne du fœtus.

expliquée dans le premier Mémoire ; j'y ai exposé les raisons qui m'empêchent d'admettre la possibilité d'une telle position, et j'ai fait entendre que les auteurs avaient souvent conclu, de la présence du cordon, celle de l'abdomen, sans en avoir d'autre certitude que cette vague présomption. La procidence du cordon accompagne souvent les diverses positions des fesses ; une partie mollasse, sentie au détroit supérieur, a suffi pour donner l'idée de la présentation du ventre ; et fût-il vrai que les choses aient été quelquefois observées avec plus de soin, du moins je puis affirmer que cet événement est excessivement rare, puisque je ne l'ai jamais rencontré à l'hospice. J'ajoute que, par conséquent, il ne peut faire règle, mais doit être plutôt considéré comme exception.

§ II. *Fréquence.* Les procidences ne sont pas sans doute excessivement rares : cependant ce ne sont pas non plus des accidens d'une fréquence extrême : si l'on consulte le troisième tableau annexé au 2e volume, on n'y trouvera que 28 exemples sur 22,243 accouchemens ; mais je soupçonne à ce sujet quelque négligence dans nos registres, et je renvoie le lecteur au troisième tableau du premier volume, qui offre, sous ce rapport, plus d'exactitude et plus de détails. Un coup-d'œil jeté sur ce tableau nous donnera des idées plus précises. On y trouve 45 exemples de procidence sur 15,652 accouchemens ; de ces procidences, 34 appartiennent exclusivement au cordon ombilical,

5 au cordon et aux membres thoraciques, 2 au cordon et aux membres inférieurs, 3 à la main seule, et enfin 1 au pied et à la main réunis. Il résulte de ce dénombrement que le cordon est, de toutes les parties mobiles du fœtus, celle qui se déplace le plus aisément, et qu'il accompagne souvent les autres parties susceptibles de déplacement; que la main est, après le cordon, la partie la plus mobile, et qu'enfin les pieds (1) ne tombent presque jamais que dans des circonstances tellement favorables à la procidence, qu'ils sont toujours accompagnés ou du cordon (2) ou de la main (3).

Je dois avertir ici que je ne regarde point comme procidence, ou du moins comme procidence pathologique, celle de la main quand l'épaule se présente, ni celle du pied quand les fesses occupent la partie inférieure de l'utérus: cette disposition ne peut plus alors être regardée comme un accident, mais comme une conséquence, une dépendance naturelle de la position principale. *Voyez*, à ce sujet, le 5e et le 6e Mémoire : nous y sommes entrés dans tous les détails nécessaires pour éclaircir ce point important, qui a été l'écueil de bien des praticiens : nous ne manquerons pas, d'ailleurs, d'occasions de rappeler et de prouver encore cette vérité.

---

(1) Pieds seuls avec la tête. *Voyez* DELAMOTTE, *obs.* 301, 302, 318.

(2) MAURICEAU, *obs.* 45, 206; AMAND, p. 207, 289.

(3) MAURICEAU, *obs.* 145; AMAND, p. 339.

Voilà ce que je puis dire de plus positif sur la fréquence des espèces de procidences. Quant aux genres que j'ai établis plus haut, il est facile de concevoir, d'après la fréquence des positions du vertex, que c'est avec de pareilles positions que doit arriver le plus souvent la chute des trois parties mentionnées, toujours en faisant abstraction de l'épaule relativement à la main, et des fesses relativement au pied. C'est ensuite avec les fesses que le cordon ou la main se présente le plus fréquemment: cependant le tableau que j'ai indiqué au lecteur n'en offre que deux exemples.

L'épaule n'a offert qu'une fois cette complication, et elle est notée dans le cinquième tableau du deuxième volume (1). La face n'en a présenté aucune observation; mais je crains que cette exclusion ne soit le résultat de quelque négligence dans l'énumération des faits relatés dans les registres. En effet, l'observation numéro 36 du troisième Mémoire offre un exemple de procidence de la main au-dessous de la tête offrant le front au centre du détroit supérieur (2).

§ III. *Causes prédisposantes et déterminantes.* Tout ce qui contribue à rendre plus mobiles

---

(1) Avec le cordon; *voyez* MAURICEAU, *obs.* 63, 132, 183, 209, 229, 296, 311, 321, 499, et *nouv. Obs.*, n° 88; AMAND, p. 89, 127, 303, 330, 378. Avec le pied; *voyez* MAURICEAU, *obs.* 527; AMAND, p. 247 et 368.

(2) *Voyez*-en un exemple dans Delamotte, *obs.* 317.

les membres et la totalité du fœtus (*voyez* 1er Mémoire, article II), comme son petit volume et la surabondance des eaux de l'amnios, dispose nécessairement aux procidences. Un autre genre de causes tient à la position du fœtus, lorsque, par exemple, elle est telle qu'elle l'empêche de s'engager dans l'excavation : ainsi une obliquité quelconque de la tête et de la totalité du fœtus, de même qu'un obstacle dépendant de l'étroitesse du bassin, retenant cette tête au-dessus du détroit (surtout si les contractions de l'utérus sont assez faibles pour ne point presser fortement la tête sur l'ouverture de ce détroit), permettent au cordon ou à une main de glisser auprès et jusqu'au-dessous d'elle. La longueur du cordon doit aussi être comptée pour beaucoup dans ces prédispositions défavorables. Enfin, la procidence d'une partie favorise celle d'une autre, en lui servant, pour ainsi dire, de guide, et en lui ouvrant la voie : c'est ainsi qu'un pied ou une main précède et entraîne si souvent le cordon ombilical.

La cause déterminante la plus ordinaire, surtout pour la chute du cordon, c'est la rupture subite des membranes. Le flot de l'eau entraîne alors avec la plus grande facilité le cordon ombilical ou un membre du fœtus, dans les cas mêmes où rien n'en avait auparavant annoncé la présence au-dessous de la tête. Au contraire, quand l'eau s'échappe peu à peu, et que l'utérus se vide

par degrés, il arrive quelquefois que la tête descend, et que des parties qu'on avait senties d'abord entre elle et les membranes semblent remonter ou du moins rester au même niveau, tandis qu'elle pénètre dans l'excavation pelvienne.

§ IV. *Signes.* Nous avons donné ailleurs les caractères qui distinguent chacune des parties dont la présence détermine l'un des genres énumérés ci-dessus; nous avons aussi indiqué (4e et 5e Mémoire) ceux auxquels se reconnaissent les membres supérieurs et inférieurs : c'est sur la combinaison de ces différens signes qu'on établira le diagnostic. Ainsi les caractères de la présence de la tête, joints à ceux de la présence d'une main ou d'un pied, offriront nécessairement l'idée d'une procidence du premier genre, et feront éviter l'erreur dans laquelle jetterait un examen superficiel en faisant croire à l'existence d'une position de l'épaule (1), etc., etc.

Les symptômes qui annoncent la présence du cordon ombilical doivent ici spécialement nous occuper; ils diffèrent selon que les membranes sont déjà rompues ou encore intactes.

Quand les membranes sont entières, le diagnostic est souvent assez difficile, surtout si ces membranes sont tendues, et plus encore si l'enfant a cessé de vivre. Dans ces circonstances, en effet,

(1) *Voyez*, comme exemple de cette erreur, une observation de Henschel, *Bibl. méd.*, t. XVI, p. 410.

on sent bien une partie molle, peu volumineuse, fugitive; mais il est difficile d'en décider la nature. Si, au contraire, l'enfant est vivant et les membranes faciles à déprimer, la forme noueuse du cordon est facilement appréciée, et, par-dessus tout, on en peut sentir les battemens aussi précipités que ceux d'une montre; battemens que cette fréquence même empêchera toujours de confondre avec ceux du doigt de l'accoucheur, quoique beaucoup d'écrivains, même parmi les modernes, aient proclamé cette cause d'erreur comme très-possible, et, en quelque sorte, très-excusable.

Une cause d'erreur bien plus naturelle pour des personnes inattentives ou peu exercées serait celle-ci : souvent, lorsque le travail commence, l'orifice est situé fort en arrière et presqu'inaccessible au doigt; souvent, en même temps, le col est excessivement aminci, à tel point même qu'on l'a comparé à quelques doubles de feuilles de papier; il permet alors de sentir la fluctuation des eaux, le ballottement de la tête du fœtus, presqu'aussi librement qu'on le ferait à travers les membranes, et un observateur inexpérimenté pourrait croire que l'orifice est complètement dilaté, et que l'on touche à nu la poche membraneuse. J'ai vu des cas où l'erreur ne pouvait être évitée que par la recherche de l'orifice non ouvert; j'en ai vu d'autres où des membranes épaisses et fongueuses simulaient si bien le col aminci, qu'on ne sortait d'erreur qu'en cherchant et trouvant le

pourtour de l'orifice dilaté. Cette cause d'erreur est donc bien certaine. Or, si dans l'épaisseur des parois du col aminci rampent quelques artères, phénomène extrêmement fréquent, ces artères pourront être prises pour celles du cordon, à moins qu'on ne se rappelle, comme je l'exposais il n'y a qu'un instant, la différence du rhythme des pulsations artérielles chez l'adulte et chez le fœtus. Jamais, à moins qu'il n'existe un état fébrile de la plus grande violence, les artères de la mère ne battent avec cette rapidité que l'on rencontre dans le pouls du fœtus.

Ces membranes épaisses et fongueuses dont il était question tout-à-l'heure ont aussi quelquefois produit une autre source d'erreurs ; leurs inégalités ont plus d'une fois été prises pour celles d'un cordon sans pulsations, ou pour celles d'un fœtus monstrueux, de la tête d'un anencéphale, etc. Il suffit d'énoncer ces causes d'équivoque pour mettre les jeunes praticiens en garde contre la précipitation de leur diagnostic. Je ne saurais dire combien de fois, pour peu que je fusse dérangée dans mes recherches, j'ai été tentée d'attribuer à quelque vice de conformation les difficultés et l'obscurité que je rencontrais. La rareté connue de ces accidens suffisait ordinairement pour me détourner de ces premières idées, et bientôt des recherches plus attentives redressaient les écarts de mon imagination.

Lorsque les membranes sont ouvertes, la plu-

part de ces difficultés disparaissent ; le cordon peut être aisément senti, saisi même, et quelquefois il s'échappe hors de la vulve, et se montre aux yeux de l'accoucheur. Il ne peut plus exister alors qu'une source d'équivoque, et cette équivoque est souvent fort importante à éclaircir, puisqu'elle a pour sujet la vie ou la mort de l'enfant. Un cordon flétri, mou, verdâtre, froid et sans pulsations, appartient ordinairement à un enfant privé de vie, de même que les conditions opposées dénotent que le fœtus est en pleine santé. Ceci demande cependant quelques éclaircissemens. En effet, s'il est indubitable qu'un cordon pulsant avec assez de force appartient à un enfant vivant, le contraire n'est pas aussi certain. Fort souvent les pulsations cessent pendant la douleur, parce que le cordon est alors plus fortement pressé par la partie que le fœtus présente à l'orifice ; et cette immobilité peut quelquefois persister pendant un certain temps sans que l'enfant périsse. On doit faire moins de fonds encore sur l'apparence extérieure du cordon ; les plus maigres, les plus grêles, ceux qui sont en apparence flétris, appartiennent souvent à des enfans vigoureux, et, suivant Jœrg, ce serait même, pour l'ordinaire, un signe de force, de vigueur et de grande viabilité qu'un cordon altéré et flétri, pourvu qu'il suffise à la circulation du sang (de *Funiculi umb. lig.*, p. 7). D'une autre part, comme il est certain que la compression du cordon suffit

quelquefois pour donner promptement la mort au fœtus, on comprend qu'un cordon encore chaud, frais, et sans autre altération que son immobilité, peut être celui d'un enfant déjà mort. C'est donc aux pulsations qu'il faut surtout s'attacher; mais il faut aussi faire entrer en considération la couleur, l'apparence, la consistance, la température du cordon, le temps depuis lequel il est soumis à la compression, etc.

§ V. *Pronostic, suites, etc.* Sous le rapport de leurs effets et de leur influence directe, les espèces de procidence que nous avons admises se séparent naturellement en deux classes : la première comprend celles qui n'agissent défavorablement qu'en opposant à la sortie du fœtus un obstacle plus ou moins puissant, celle des membres supérieurs ou inférieurs, par exemple; la deuxième a trait seulement à la procidence du cordon, qui porte principalement ses effets sur le fœtus, et agit défavorablement en interrompant la circulation de la mère à l'enfant.

A. Je sais qu'on peut penser que le cordon forme aussi quelquefois un obstacle mécanique qui s'oppose, comme ferait une ligature, à la sortie des parties autour desquelles il s'enlace. C'est ainsi qu'entourant le col, on a dit, non-seulement qu'il asphyxiait le fœtus par une véritable strangulation, mais encore qu'il empêchait la tête de s'avancer, et, après chaque douleur, la retirait vers l'intérieur de la ma-

trice (1). Il est certain, quant au premier fait, que chez quelques enfans morts dans l'utérus (et nous en avons été témoins nous-mêmes), on a trouvé le cordon tourné en plusieurs doubles assez fortement serrés autour du cou; mais le plus souvent cette constriction ne devient considérable que pendant le travail, de même que ce n'est que pendant la sortie du fœtus que se forment ou que se serrent les nœuds qu'on a souvent observés sur le cordon ombilical (2). J'ai vu souvent naître des enfans avec le cordon entortillé autour du cou; j'en ai vu dont l'extraction était même retardée, gênée par la brièveté de la portion restée libre: tous ces enfans se portaient à merveille. Quant au deuxième effet de cette disposition, personne, depuis M. Baudelocque, n'a été tenté de nier que la rétrogradation de la tête ne fût due à l'élasticité des organes génitaux externes. Le professeur Dubois pense seulement que les tiraillemens douloureux qu'exerce alors le cordon

---

(1) Peu, en pareil cas, conseille d'introduire les doigts dans l'anus et de retenir la tête à travers les parois du rectum. (Pag. 434.)

(2) Cette opinion n'était pas celle de Levret; elle appartient à Mauriceau, et a été adoptée par M. Baudelocque. *Voyez*, pour le premier, les observations 133, 312, 567, et *nouv. Obs.*, n° 38. *Voyez*, pour le deuxième, le tom. II, pag. 253. *Voyez* encore trois exemples de nœuds du cordon, dont deux seulement appartiennent à des enfans nés morts, dans Smellie, tom. II, pag. 393.

sur le placenta, et par suite sur l'utérus, arrêtent les contractions utérines et suspendent le travail.

Revenons aux procidences des membres supérieurs ou inférieurs. J'ai déjà dit que la sortie de la main, quand l'épaule se présente, ne pouvait être regardée comme un accident. J'ai prouvé ailleurs que la présence du bras dégagé était plus utile que nuisible à l'accoucheur; qu'elle lui fournissait les moyens de diriger la version et l'extraction du fœtus, et de favoriser son pelotonnement. J'ai dit la même chose de la sortie des pieds et des jambes quand les fesses se présentent. Vainement craindrait-on que le fémur ne vînt à s'arc-bouter de part et d'autre contre les parois du bassin; on verra constamment, ou bien les pieds sortir avec les fesses si l'enfant est petit, ou bien les genoux descendre davantage, les jambes se déployer et précéder les fesses, mouvement que l'art favorise et cherche souvent à obtenir quand la nature n'y suffit pas. Enfin, il arrivera fréquemment encore que les pieds se relèveront au-devant de l'abdomen, tandis que les fesses descendront et sortiront les premières. Nous avons dit que cette élévation s'opérait par des flexions et extensions des cuisses et des jambes toujours dirigées vers la partie interne ou la ligne médiane du corps. Il arrivera quelquefois qu'une main se présentera avec les fesses (1) ou les pieds: le

(1) Viardel, pag. 252; Mauriceau, obs. 126. La main

plus souvent ces derniers descendront, et la main remontera ; quelquefois aussi elle sortira avec les fesses, n'ajoutant que son volume peu considérable à celui de ces parties, et aggravant ainsi fort peu le pronostic de l'accouchement, soit spontané, soit artificiel. Si un pied se présentait au dehors lorsque l'épaule est au détroit supérieur, ce serait une circonstance favorable, et l'accoucheur profiterait de cet événement pour obtenir plus aisément la version et l'extraction du fœtus. Il n'en est pas toujours ainsi quand c'est la tête qui se présente avec une main et un pied : aussi est-ce là la plus remarquable partie du pronostic de ces procidences. Lorsque le membre descendu avec la tête ne met pas un obstacle complet aux efforts de la nature, les choses peuvent se terminer de trois manières différentes : 1°. ou bien les deux parties sont expulsées simultanément, et ceci ne peut avoir lieu que pour la main (1) ; 2°. ou bien le membre tombé se relève au-dessus de la tête, ou, si l'on veut, s'arrête et lui permet de descendre seule : ceci est plus ordinaire pour un pied que pour une main. 3°. Enfin, dans quelque cas, c'est la tête qui remonte, et alors l'épaule se met en position

---

descend bien plus fréquemment avec les pieds, et j'en ai déjà cité plusieurs exemples.

(1) Smellie employa le forceps dans un cas où le bras descendait avec la tête : son exemple pourrait quelquefois être suivi. (Tom. III, pag. 53.)

si c'était une main qui accompagnait la tête : les fesses, au contraire (ou du moins l'extrémité pelvienne du fœtus), s'engagent dans l'excavation si c'était un pied qui constituait l'accident.

On sent que ces diverses terminaisons dépendent beaucoup de la conduite que tiendra l'accoucheur ; elles dépendent aussi de l'attitude du fœtus, de la mobilité et de l'avancement plus ou moins prononcé de l'une ou de l'autre des parties qui se présentent simultanément au détroit supérieur.

B. Je passe maintenant aux effets de la procidence du cordon considérés relativement à la santé et à la vie du fœtus. Ce n'est guère qu'à la compression à laquelle le cordon est alors exposé qu'on peut attribuer les influences fâcheuses de sa procidence : son refroidissement n'est point à craindre, à moins qu'il ne soit excessif, et il en est de même de son desséchement. Delamotte a fait justice de ces craintes futiles. J'ai vu le cordon pendre hors de la vulve durant plusieurs heures, sans que le fœtus en eût aucunement souffert, parce que la compression était nulle : Baudelocque rapporte un exemple de cette sorte (t. 1, p. 496). Cependant, dans quelques cas, les femmes chez qui j'ai observé ce phénomène avaient fait à pied ou en voiture une route plus ou moins longue, de leur domicile à notre hospice.

La compression du cordon intercepte le cours du sang dans ses vaisseaux ; nul doute que telle

ne soit la cause de la mort de l'enfant ; mais par quel mécanisme cette interception devient-elle funeste ? Est-ce par surabondance de sang, par *apoplexie* (1) ? Est-ce par défaut de sang, par *anæmie* (2), par syncope ? Est-ce enfin par *asphyxie*, par défaut d'oxygénation, de vivification du sang (3)? Le plus simple raisonnement nous dit que si les vaisseaux ombilicaux sont tous comprimés à un égal degré, il ne doit y avoir ni augmentation ni diminution dans la quantité du sang. On a soutenu avec quelque raison que si un ordre de vaisseaux devait être plus particulièrement comprimé, c'était la veine ombilicale ; et en effet, ce vaisseau, beaucoup plus gros que les artères, doit être plus aisément aplati, quoiqu'ils soient tous à-peu-près d'une égale consistance. Parti de ce principe, on a été plus loin ; on en a conclu que le sang continuait à s'échapper par les artères lors même qu'il n'en arrivait plus par la veine : donc, a-t-on dit, le fœtus meurt d'hémorrhagie, de syncope. Mais l'expérience nous prouve tous les jours que la compression du cordon ne devient funeste que dès que les battemens artériels ont cessé ; tant qu'il existe quelques pulsa-

---

(1) Chambon, cité par M. Gardien, tom. II, pag. 357.

(2) Baudelocque, Capuron, Deneux et la plupart des modernes.

(3) Muller, *de Nutrit. Fœtus*, pag. 174. Le fœtus, dit-il, respire en quelque sorte par le placenta. (Pag. 181.)

tions le fœtus vit. Bien plus, l'examen anatomique de presque tous (1) les enfans que nous avons vu succomber à cet accident nous a fait voir leurs vaisseaux et leur cœur gorgés d'un sang noir aussi abondant que de coutume; et quant à ceux qui sont nés vivans, mais dans un état de mort apparente, nous les avons généralement vus violacés, tuméfiés, et nous les avons efficacement secourus par la saignée ombilicale et l'insufflation. Ces deux théories (pléthore et anæmie) ainsi renversées, reste donc la troisième à l'appui de laquelle viennent tous les faits que j'ai mentionnés, et ceux que j'ai rapportés ailleurs au sujet du décollement du placenta et des hémorrhagies utérines. « Quelquefois, dit M. Chaussier, l'enfant est pâle, décoloré; d'autres fois il est rouge, violet et paraît surchargé de sang; mais quelque différentes que soient les apparences, toujours, *dans l'un et l'autre cas*, il y a cessation de l'action du cœur, suspension de toutes les fonctions, *stagnation* du sang, *engorgement* plus ou moins considérable des vaisseaux de l'encéphale : aussi les effets sont les mêmes; *ils ne diffèrent que par le degré, etc.* » (*Distribution des Prix aux élèves sages-femmes*, 1806.) Telle était également l'opinion de Mauriceau, et il est curieux de voir combien sa théorie se rapproche de celle

(1) *Voyez* les *Recherches sur les Maladies des enfans nouveau nés*. Dugès, 1821.

des modernes que j'ai cités dans le sixième Mémoire. « Si un tel accident, dit-il, est cause de la mort, ce n'est pas tant à cause du défaut de nourriture, dont il se passerait fort bien pour un jour, *lui restant encore assez de sang au corps pour ce sujet*, que c'est parce que ce sang ne peut plus être vivifié et renouvelé..... dans le placenta, pour lequel sujet il y doit avoir une libre communication, ou bien que, faute de cela, l'enfant respire aussitôt par la bouche, etc. » (T. 1er, p. 329.) Il reste donc démontré pour nous que la procidence et la compression du cordon causent généralement l'*asphyxie* par défaut de vivification, et qu'elles favorisent une sorte de pléthore veineuse semblable à celle qu'on remarque chez les adultes asphyxiés par strangulation ou par des gaz simplement non respirables. Peut-être, dans quelques cas fort rares, a-t-on observé l'anæmie, la syncope. Je regarde comme véritables exceptions de semblables faits, et je crains bien que la plupart des exemples qu'on en cite ne soient dus à l'obscurité du langage adopté par certains auteurs, et à la confusion des mots *asphyxie*, *syncope*, *apoplexie*, etc. Pour éviter cette confusion, je rappellerai encore l'acception sous laquelle je me sers de ces trois mots : l'apoplexie est la mort apparente ou l'état soporeux produit par la *pléthore* et, en général, par la compression de l'encéphale : l'asphyxie est la mort apparente avec pléthore veineuse causée par le *défaut d'oxygéna-*

tion du sang ; c'est pour moi une stupeur de l'encéphale : enfin la syncope est la mort apparente produite par *aiminution du sang* ou par sédation complète de l'encéphale. Ces distinctions ne sont point oiseuses ; il est évident, au contraire, que chacune de ces affections doit offrir des indications toutes particulières et en opposition directe pour les cas différens.

Concluons de ce qui précède que la procidence du cordon met fortement en péril les jours de l'enfant. Heureusement, l'art possède des moyens efficaces d'en prévenir les funestes effets : aussi voyons-nous, dans le troisième tableau du premier volume, que, sur quarante-un accidens de ce genre, huit seulement ont eu des conséquences funestes.

§ VI. *Traitement.* Les détails contenus dans le paragraphe précédent ont dû faire pressentir les ressources que l'art nous présente et la nécessité fréquente où l'on est de les mettre en œuvre. Quelquefois cependant la nature se suffit à elle-même, et le devoir de l'accoucheur se borne à la seconder et à en accélérer, à en aider les efforts. Nous allons examiner successivement ces diverses indications, d'après le plan que nous avons adopté jusqu'ici dans les Mémoires qui précèdent.

1°. *A.* On peut *laisser agir la nature* quand, au moment où les membranes se rompent, le cordon s'échappe sous la tête, que jusqu'alors il n'a point été comprimé, que les douleurs sont énergiques,

le bassin bien fait, les organes génitaux dilatables. Souvent alors nous avons vu qu'il suffisait d'exciter la femme à pousser fortement pour que la compression du cordon n'eût aucune influence défavorable et que l'enfant naquît vivant (1). Quelquefois il est né plus ou moins complètement asphyxié; mais il a été facilement ranimé par la saignée ombilicale après la section du cordon, et par l'insufflation de l'air dans les poumons pratiquée à l'aide du tube laryngien de M. le professeur Chaussier.

Cette conduite ne serait pas celle que je conseillerais dans des circonstances différentes : ainsi, la présence des fesses (2), l'inertie de l'utérus, l'étroitesse du bassin, la rigidité de l'orifice utérin, du vagin ou de la vulve, circonstances qui retardent nécessairement la terminaison de l'accouchement et prolongent la compression du cordon; voilà autant de motifs qui doivent faire choisir une autre mesure, et décider l'emploi de quelqu'un des procédés opératoires dont nous allons nous occuper bientôt.

Lorsque c'est une main qui a glissé auprès de la tête, si celle-ci est peu volumineuse, on pourra,

---

(1) Mauriceau, *obs.* 260; Delamotte, *obs.* 305. Mauriceau cite trois exemples d'une issue moins favorable, et les autres écrivains en contiennent davantage encore.

(2) Je ne parle pas de celle de l'épaule, qui présente par elle-même des indications formelles.

bien mieux encore que pour le cordon, s'en rapporter à la nature et attendre qu'elle expulse spontanément les deux parties à la fois. Cependant, comme le volume des parties qui doivent franchir les passages est ainsi plus considérable, on sent que la présence de la main avec la tête ou les fesses devient un motif de plus pour opérer artificiellement l'accouchement, pour peu que les passages soient d'ailleurs étroits ou rigides; ou que quelqu'autre accident (hémorrhagie, convulsions, etc.) fasse désirer une plus prompte terminaison de l'accouchement.

La présence d'un pied avec la tête doit, dans tous les cas, déterminer à opérer d'une manière ou d'une autre, puisque, comme il a été dit plus haut, ces deux parties ne peuvent guère sortir ensemble.

B. Il est alors un moyen de permettre à la tête de sortir seule et la première : c'est de *repousser le pied dans l'utérus.* Le même moyen est applicable à la procidence *d'une main* quand rien ne nécessite la terminaison précipitée de l'accouchement, et que l'obstacle formé par la présence de ce membre paraît assez considérable pour mériter l'attention de l'accoucheur. Le même procédé doit être employé *pour le cordon* dans les mêmes circonstances, mais seulement quand il ne sera ni assez flétri, ni assez corrompu, ni sorti depuis un temps assez long pour faire croire que l'enfant est mort; car alors on sent aisément que la réduction

serait tout-à-fait inutile. Cette méthode a été maintes fois employée avec succès par Mauriceau (1), Amand (2) et quelques-autres : cependant Delamotte (obs. 309), et avant lui Portal, Viardel, Peu, etc., ont préféré la version du fœtus. Baudelocque semble approuver la défiance de Delamotte, et plusieurs modernes ont suivi son exemple. J'ai obtenu de la réduction des succès trop nombreux pour partager leurs préventions.

La manière de procéder à cette réduction mérite quelques détails. On a proposé plusieurs instrumens fort ingénieux pour reporter plus aisément le cordon dans l'utérus : tantôt une simple baleine échancrée ou garnie d'une éponge perforée, d'un cordon, etc.; tantôt une gaîne ouverte ou bien une sonde creuse munie d'un anneau articulé et susceptible d'être ouvert et fermé au moyen d'un fil (3); tantôt une sorte de fourchette cannelée (4), etc., etc., ont été successivement proposées dans cette vue. La main et les doigts sont

---

(1) *Obs.* 144, 152, 153, 250, 252, 390, 459, 500, 511, 604, 609, et *dern. obs.*, n° 13. Il ne cite que deux cas où la réduction n'ait pas conservé l'enfant. *Obs.* 514 et *dern. obs.*, n° 127.

(2) Pages 266, 285, 287.

(3) *Voyez* Gardien, t. II, p. 358, et plus particulièrement le Mémoire de M. le professeur Deneux, où tous ces procédés sont exposés avec détails. *Journ. général de méd.*, mai 1820.

(4) Favereau, *Thèse*, 1823.

des instrumens bien plus simples et bien plus utiles; le précepte général, que j'ai déjà donné plusieurs fois, de n'employer qu'en cas de nécessité absolue des instrumens mécaniques, trouve encore ici son application. Une main, un pied, une anse de cordon ombilical ne seront jamais plus sûrement ni plus aisément repoussés qu'à l'aide des doigts rapprochés en faisceaux s'il est possible, ou appliqués du moins latéralement les uns contre les autres. Ce n'est qu'avec la main qu'on peut former un peloton de l'anse de cordon sortie, la pousser dans le lieu le plus convenable et par les passages les plus libres; c'est avec elle qu'on peut pousser partie par partie une portion considérable, comme on opère le taxis dans la réduction des hernies; enfin elle seule donne la certitude d'une réduction complète.

Il ne suffit pas d'avoir repoussé le cordon dans l'utérus, il faut l'avoir repoussé au-dessus de la tête et du détroit supérieur : alors, pour l'ordinaire, il restera à l'abri de toute compression et ne retombera plus, sans qu'il faille le maintenir avec une éponge ou avec une compresse destinée à « étouper l'endroit, etc. » (Mauriceau, tom. 1, pag. 330), et sans qu'il devienne nécessaire de l'accrocher à une jambe, comme l'a conseillé Croft, accoucheur anglais, procédé auquel la version serait bien préférable. C'est toujours en arrière et sur les côtés, vis-à-vis des symphyses sacro-iliaques, et par les échancrures de ce nom,

qu'on opérera la réduction avec plus de facilité; c'est toujours là, au moins d'un côté, le lieu le plus libre du bassin, à tel point même que si le cordon est descendu par cet endroit, et qu'il ne soit point coulé trop bas, il peut, au témoignage de Boër (*Med. nat. obst.*, pag. 351), de Baudelocque et de M. Capuron (pag. 395), y séjourner sans danger pour l'enfant. Cependant je préfère toujours en tenter la réduction, sauf les cas où le travail marche avec une extrême rapidité. Par l'emploi de ce procédé opératoire, j'ai presque toujours obtenu des enfans vivans; tandis que presque tous périraient si l'on abandonnait la nature à ses propres efforts.

La réduction dont je viens de parler n'est pas toujours facile; souvent elle est insuffisante, et malgré les moyens mécaniques mentionnés plus haut, le cordon retombe aussi souvent qu'il est réduit. J'ai quelquefois été forcée de tenir la main dans le vagin pendant plus d'une demi-heure, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux ou trois douleurs eussent suffisamment fait avancer la tête pour rendre ensuite impossible la chute du cordon. On comprendra sans peine qu'il serait impossible de procéder ainsi quand les douleurs sont nulles, et le travail retardé par une cause quelconque : c'est alors seulement qu'on peut comparer les efforts répétés d'une opiniâtreté inutile au travail des Danaïdes, comme Boër l'a fait, bien à tort, pour tous les cas possibles. (*Ibid.*, p. 352.) Tout ce

qui précède est relatif à la procidence qui suit la rupture des membranes : il était à peine besoin d'en prévenir le lecteur.

2°. C'est surtout dans ces cas où la réduction est inefficace, et où les contractions utérines sont peu énergiques, qu'il faut hâter la terminaison du travail par *l'application du forceps*, si c'est la tête qui se présente, *ou des crochets mousses*, si ce sont les fesses qui s'avancent (*Voyez* 4e Mémoire.) On peut voir, dans le tableau qui m'a déjà plusieurs fois servi de guide, que cette méthode a été suivie dix fois de succès, tandis que, trois fois seulement, elle n'a pu conserver la vie du fœtus. Je parle ici pour la procidence du cordon ombilical; le lecteur fera aisément l'application de ce précepte à celle d'une ou des deux mains.

3°. *La version du fœtus* est encore un moyen de prévenir les fâcheux effets de la procidence du cordon ou d'un membre. Je ne répéterai point ici les conditions qui permettent ou qui proscrivent l'emploi de ce moyen. Je renvoie pour ce sujet, ainsi que pour le paragraphe qui précède, au dernier article du 1er Mémoire : je ferai seulement remarquer que la version doit surtout être exécutée quand une position de l'épaule ou des fesses est accompagnée de l'accident qui fait le sujet du présent Mémoire, et je rappellerai que la procidence d'un pied facilite toujours la version, quelle que soit la partie qu'il accompagne. Un lacs doit être, en pareil ces, appliqué sur les malléoles; il faut

ensuite repousser la partie que le fœtus présentait (tête, fesses, épaules), et opérer alors quelques tractions, ou bien aller d'abord à la recherche de l'autre membre inférieur, en se guidant sur celui qui est au dehors.

Une précaution fort importante, et sur laquelle Boër (*l. c.*, p. 252) insiste avec raison, c'est de repousser le cordon avant d'aller à la recherche des pieds, afin qu'il ne soit point comprimé, d'abord par le bras qui opère, et ensuite par les hanches de l'enfant. Cette précaution, quand il est possible de la mettre en pratique, ne doit pas non plus être négligée dans les cas où l'on se décide à terminer l'accouchement par l'application du forceps. D'après le tableau déjà cité, nous trouvons que la version, dans le cas de procidence du cordon, a des résultats un peu moins favorables que l'application du forceps. Sur douze enfans amenés par les pieds pour cause d'un semblable accident, huit seulement sont nés viables, et quatre ont succombé avant leur naissance, ou n'ont pu être rappelés à la vie.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au neuvième Mémoire.

N° Ier.

Plusieurs exemples d'accouchemens spontanés, avec procidence du cordon ombilical.

Ces accouchemens n'ont généralement présenté d'autre particularité que celle qu'énonce le titre de ce chapitre; ils n'ont eu, outre cela, de remarquable que la rapidité de la marche dans la plupart des cas; c'est pourquoi je n'entrerai pas dans de très-amples détails sur chacun de ces faits particuliers, et je me contenterai d'en exposer fidèlement les résultats.

I. Le quatrième jour complémentaire de l'an 10, Victorine Méch... se présenta à l'hospice de la Maternité, éprouvant depuis quelques heures les douleurs puerpérales.

Peu après son arrivée, les membranes se rompent, et l'eau de l'amnios s'écoule à flots; en même temps, une anse du cordon ombilical s'échappe dans le vagin. Ce cordon pulse fortement dans les premiers momens; bientôt quelques douleurs surviennent; la tête s'appuie sur lui et en fait cesser les battemens. Cette partie se présentait

dans la première position du vertex ; mais l'orifice utérin était si peu dilaté qu'il était impossible de penser à l'application du *forceps* ou à la *version* du fœtus. Le même obstacle rendit vaines toutes les tentatives que je fis pour *repousser* le cordon au-dessus de la tête ; il fallut se borner à favoriser la dilatation par l'emploi d'un bain, et à faire valoir ensuite les douleurs en mettant la malade en travers du lit, le bassin sur le bord et les pieds soutenus par des aides. L'accouchement ne s'opéra que cinq heures après la procidence du cordon ; l'enfant ne donna aucun signe de vie : c'était un garçon du poids de cinq livres.

II. Le 24 pluviôse an 11, Eléonore Dup.....t souffrait depuis neuf heures et demie, quand tout-à-coup les membranes s'ouvrirent et projetèrent simultanément au dehors les eaux de l'amnios et une anse de cordon ombilical. Cette femme avait eu déjà plusieurs enfans. La tête offrait le vertex dans la première position; elle n'avait pas encore franchi l'orifice utérin ; mais cette ouverture était extensible et déjà largement dilatée. Nous fîmes sur-le-champ placer le bassin sur le bord du lit, et nous engageâmes cette femme à pousser fortement lorsqu'elle sentirait quelque douleur. L'effet de ces précautions fut tel que deux contractions utérines suffirent pour achever l'expulsion d'une fille vivante, et du poids de huit livres à-peu-près.

III. Le 3 messidor de la même année, Jeanne

L....., après cinq heures de travail, nous offrit le même accident : la tête se présentait de même et franchit l'orifice peu après la rupture des membranes : cependant il fallut encore attendre près d'une heure son entière expulsion ; à chaque douleur, elle semblait prête à sortir, et cette illusion nous empêcha d'appliquer le forceps. Le cordon se trouva ainsi comprimé pendant un temps assez considérable : aussi, l'enfant naquit-il dans un état d'*apoplexie sanguine* très-prononcée ; il ne donnait que quelques faibles signes d'existence, et malgré tous nos soins, il ne put être rappelé à la vie : c'était un garçon pesant sept livres. La pléthore veineuse était ici tellement marquée, qu'elle ne pouvait être méconnue par les personnes mêmes le plus fortement prévenues contre la possibilité d'une semblable affection dans le cas qui nous occupe.

IV. Dans le mois de messidor an 12, une femme accoucha de deux garçons jumeaux au terme de huit mois. Le premier présentait le vertex en première position; il pesait quatre livres et demie. Le deuxième pesait quatre livres, et offrait le vertex dans la seconde position; mais de plus, le cordon ombilical descendit dans le vagin au moment où les membranes se rompirent. Une seule douleur expulsa ensuite l'enfant, de sorte qu'il naquit aussi bien portant que son frère. Le travail avait duré douze heures.

V. Les choses se passèrent à-peu-près de la

même manière chez la nommée Duferry, accouchée de deux garçons, au terme de sept mois, le 11 janvier 1818. Le premier, du poids de trois livres, offrait le vertex dans la première position; le deuxième offrait la cinquième position de cette région, et il pesait trois livres et demie. Celui-ci avait en outre le cordon et une main sous la tête: cependant il sortit avec facilité vu son petit volume. Ces deux enfans étaient vivans, mais trop petits et trop faibles pour pouvoir continuer d'exister. Le travail avait duré sept heures.

VI. Le 16 août 1811, la nommée Levas.... accoucha de même naturellement, à sept mois et demi, d'un fœtus abortif du poids de trois livres, lequel était vivant quoiqu'il eût présenté à la fois un pied, une main et le cordon ombilical avec le sommet de la tête dans la quatrième position. Il naquit vivant après un travail de huit heures.

VII. Éléonore Gar...., accouchée le 29 floréal an 13, offrit surtout ceci de remarquable, que son enfant, pesant sept livres, naquit spontanément en cinq heures de temps et en pleine santé, quoique, d'une part, le détroit supérieur du bassin n'offrît que trois pouces de diamètre antéro-postérieur; et que, d'autre part, le cordon ombilical eût glissé sous la tête au moment de la rupture des membranes, arrivée heureusement après la complète dilatation de l'orifice utérin. L'enfant était du sexe masculin; il avait présenté le vertex dans la première position.

N° II.

Procidence de la main ; accouchement spontané.

On a vu dans le numéro précédent deux exemples de naissance spontanée malgré la procidence d'une main conjointement avec le cordon ombilical ; il me suffira de donner ici un exemple de procidence simple de la première partie pour compléter mes preuves de la puissance et de l'efficacité des seuls efforts de la nature dans quelques circonstances heureuses.

Le 31 janvier 1821, une femme, déjà mère de plusieurs enfans, arriva à l'hospice, parvenue au terme de sa dernière grossesse et ressentant déjà des douleurs utérines peu fortes, mais très-fréquentes et se répétant presque de minute en minute.

La dilatation de l'orifice utérin était complète, et l'on distinguait, à travers les membranes, une partie inégale, mobile, peu volumineuse, surmontée d'une autre partie moins mobile, dure et arrondie. Quelques personnes avaient cru reconnaître les fesses précédées d'un pied. J'annonçai que je trouvais là plutôt les caractères de la présence de la tête précédée d'une main, mais que l'élévation de ces parties et l'intégrité des membranes rendaient nécessairement le diagnostic obscur et douteux. La tête en effet appuyait à peine sur le détroit supérieur.

Sur ces entrefaites, les membranes se rompirent, et la tête, dirigée comme dans la première position du vertex, se plongea rapidement dans l'excavation, entraînant avec elle la main gauche devenue dès-lors parfaitement reconnaissable. Cette main se trouvait serrée entre la tête et la concavité du sacrum; nous cherchâmes vainement à la repousser; le volume du crâne était tel qu'il ne permettait à nos doigts qu'un passage fort étroit entre lui et les parois du bassin, et d'ailleurs l'angle sacro-vertébral, un peu plus avancé que de coutume, s'opposait au succès de nos efforts. Je pris alors le parti de faire valoir les contractions utérines en y joignant celles des muscles abdominaux, et en conséquence je plaçai la malade dans la position la plus favorable à cet effet, position déjà maintes fois décrite. Cinq minutes après, cette femme avait mis au monde un enfant bien portant.

Il est à remarquer que celui-ci offrait tout le développement d'un enfant à terme, et n'était point abortif, comme ceux dont il est question dans le numéro précédent. Il est probable que la saillie sacro-vertébrale avait, avant la rupture des membranes, retenu la tête au-dessus du détroit supérieur du bassin, et avait ainsi permis à une main de se glisser au-dessous d'elle. Je me borne à ce seul fait; en rapporter d'autres semblables serait vouloir en pure perte fatiguer l'attention du lecteur.

N° III.

Plusieurs exemples de procidence du cordon; réduction; accouchement spontané.

I. Geneviève Son...., âgée de vingt-huit ans, enceinte de son premier enfant, et parvenue au terme de sa grossesse, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 19 janvier 1816, à dix heures du matin. Le toucher fit reconnaître que l'orifice de l'utérus avait huit à dix lignes de diamètre; son bord était mince; la poche de l'eau commençait à se former; la tête de l'enfant se présentait au-dessus du détroit abdominal. Peu de temps après cet examen, les membranes, qui étaient fort minces, se rompirent; l'eau de l'amnios, en s'écoulant, entraîna une anse de cordon ombilical. La faiblesse des pulsations des artères fit juger qu'elles étaient comprimées entre la tête de l'enfant et les parois du bassin.

L'orifice, aussi peu dilaté, n'offrait aucun moyen pour opérer l'accouchement. Abandonner sa terminaison aux efforts de la nature, c'était exposer la vie de l'enfant; on ne pouvait, dans cet état de choses, que tenter le refoulement du cordon ombilical au-dessus du détroit supérieur; en conséquence on introduisit la main dans le vagin, et deux doigts, portés dans l'orifice de l'utérus, servirent à repousser le cordon au-dessus du détroit abdominal. On attendit ensuite mais en observant si le cordon ne redescendait pas.

Les contractions, d'abord lentes, se ranimèrent; la dilatation de l'orifice s'accrut; la tête, située convenablement, franchit le détroit abdominal puis le cercle de l'orifice de l'utérus; les parties extérieures opposèrent une résistance assez forte, mais qui fut aisément surmontée par l'effort réuni des contractions de l'utérus et des muscles abdominaux. L'enfant fut expulsé bien portant après un travail de six heures, à compter de l'ouverture des membranes: il pesait six livres.

Cette observation vient à l'appui des remarques que nous avons déjà faites, et que nous retrouverons dans les suivantes. Elle prouve que, comme nous l'avons dit, les indications varient selon l'état du travail, et qu'on peut, suivant les circonstances, obtenir les mêmes avantages en agissant différemment.

Voici succinctement la relation de quelques autres faits semblables, que je trouve notés dans mes registres, pour l'année 1820.

II. 26 mars, Fort....; garçon de six livres; huit heures de travail; première position du vertex.

III. 13 avril, Witzm.... ; fille de sept livres; quatre heures de travail; même position.

IV. 16 avril, Aub....; fille de six livres et demie; six heures de travail; même position.

V. 5 août, Bon....; fille de huit livres; cinq heures de travail; accouchement terminé spontanément trois heures après la réduction; même position.

VI. 25 décembre, Crai....; garçon de six livres; cinq heures de travail; même position.

Chez ces cinq femmes la procidence du cordon eut lieu au moment de l'ouverture des membranes; il fut repoussé avant que les pulsations s'y fussent anéanties, et les cinq enfans naquirent spontanément et en pleine santé.

VII. Le 30 mars de la même année, la même opération fut pratiquée pour le même accident chez la nommée Dur...; mais la tête, d'abord placée dans la quatrième position, se réduisit si lentement à la deuxième, que l'enfant ne put survivre à ce travail prolongé plus de sept heures après la rupture des membranes. C'était une fille de six livres, qui naquit morte. Le cordon pulsait encore lorsque nous le réduisîmes, et il n'était pas retombé au-dessous de la tête : donc ce n'est pas à sa seule compression qu'on peut attribuer la mort de cet enfant.

N° IV.

Plusieurs exemples de procidence d'une main; réduction; accouchement spontané.

I. Une femme lymphatique, âgée de vingt huit ans, enceinte pour la troisième fois et à terme, arriva à l'hospice le 14 septembre 1817, à cinq heures du matin.

Le travail commençait à s'établir. L'orifice

utérin, dilatable et à bords amincis, offrait déjà douze à quatorze lignes de diamètre; les membranes bombaient, et permettaient cependant de sentir la tête encore élevée au-dessus du détroit supérieur : elle paraissait peu volumineuse. Les douleurs étaient faibles et occupaient plus particulièrement la région lombaire.

Vers dix heures du matin, douleurs plus intenses; on découvre l'extrémité d'un membre entre la tête et les membranes. Peu après, celles-ci s'ouvrent, et l'on reconnaît que la main gauche s'avance avec la tête, qui présente le vertex dans la première position. Sans attendre davantage, je repoussai simultanément, à l'aide de ma main gauche, l'avant-bras et la tête de l'enfant; puis, lorsque le passage fut plus libre, j'élevai plus haut encore dans l'utérus le membre qui était descendu d'abord. Cela fait, je retirai ma main, et la tête se plaça à l'instant dans l'excavation pelvienne. Cependant les douleurs se ralentirent; ce ne fut que deux heures après la réduction qu'elles reprirent un nouveau degré d'énergie, et déterminèrent promptement l'expulsion d'une fille bien portante et pesant six livres.

La délivrance offrit ceci de remarquable, qu'il fallut la retarder, à cause d'une *dépression* assez forte du fond de la matrice, laquelle, appréciable au toucher, même au travers des parois abdominales, faisait craindre un renversement complet du viscère. Des frictions sur le ventre en exci-

tèrent les contractions, et le placenta fut expulsé sans danger.

On remarquera ici l'élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur et son volume peu considérable, comme prédispositions à l'accident auquel nous avons remédié, ainsi qu'il a été dit plus haut.

II. Le 29 avril 1815, la nommée Poug.... était en travail depuis trois heures, quand les membranes se rompirent, et permirent alors de reconnaître que la main et l'avant-bras gauches avaient glissé sous la tête, qui se présentait dans la première position du vertex. Je profitai de l'humidité des passages et de l'élévation de la tête pour repousser au-dessus d'elle le membre descendu. J'employai à cette opération la main gauche, que je portai au-devant de l'échancrure sciatique du côté droit; aussitôt après, la tête descendit; peu à peu elle se plongea dans l'excavation pelvienne; et deux heures après l'opération, naquit une fille vivante et pesant six livres.

III. La même opération fut exécutée à-peu-près de la même manière, le 28 mars 1819, pour une procidence du bras droit au-dessous de la tête et vers le côté droit du bassin. La tête se présentait également en première position, et la présence du bras ne fut reconnue qu'au moment de l'ouverture des membranes. La tête resta quelque temps encore au détroit supérieur, et l'accou-

chement n'eut lieu que six heures après la réduction : il donna naissance à une fille vivante et du poids de six livres. La mère, nommée B...t, était enceinte pour la première fois.

N° V.

Procidence du cordon ombilical ; forceps.

La nommée Lanoue, d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la première fois, et parvenue à la révolution du neuvième mois de sa grossesse, commença à ressentir les douleurs de l'enfantement le 7 septembre 1815, à huit heures du matin.

L'orifice, à peine ouvert, était au centre du bassin ; les membranes se tendaient faiblement pendant la durée des contractions ; la tête de l'enfant se présentait au-dèssus du détroit abdominal.

Le travail languit pendant la journée : cependant, à neuf heures du soir, la dilatation de l'orifice était très-grande ; on sentit alors à travers l'épaisseur des membranes une anse de cordon ombilical qui avait glissé entre elles et la tête de l'enfant, et dont les artères pulsaient avec force.

Cette complication au travail met souvent dans la nécessité d'opérer l'accouchement, afin de prévenir les effets dangereux pour l'enfant de la compression des vaisseaux ombilicaux. Déjà on se disposait à y procéder quand tout-à-coup

les membranes s'ouvrirent : les eaux s'évacuèrent en abondance, la tête s'engagea dans le détroit supérieur, et une portion considérable du cordon ombilical s'avança dans le vagin. Les contractions de l'utérus étaient fortes et soutenues; bientôt la tête de l'enfant s'engagea dans l'excavation, et tout annonçait une terminaison prompte et heureuse de l'accouchement, malgré l'issue du cordon, lorsque la résistance des parties externes de la génération en ralentit la marche. Les pulsations des artères ombilicales, déjà très-faibles dans l'intervalle des contractions, cessaient entièrement lorsque celles-ci avaient lieu, à cause de la compression que la tête exerçait sur elles. Alors, ne pouvant attendre davantage sans exposer la vie de l'enfant, on se décida à terminer l'accouchement avec le forceps. Cet instrument fut appliqué conformément à la situation qu'affectait la tête dans l'excavation du bassin : l'occiput répondait au trou sous-pubien gauche et la fontanelle antérieure au-devant de l'échancrure sacro-sciatique droite, ce qui constitue la première position du vertex.

L'enfant, après son extraction, était très-faible : cependant on parvint à le ranimer.

Dans l'exposé que nous venons de faire, trois indications se présentèrent successivement, d'abord la version de l'enfant, parce que la présence du cordon ombilical s'était manifestée avant l'ou-

verture des membranes, et que l'orifice était assez dilaté pour permettre d'opérer : on a vu quel motif empêcha d'y satisfaire. En deuxième lieu, la rupture spontanée des membranes et la rapidité des progrès que fit la tête en s'engageant disposèrent à attendre, et en effet, si les parties de la femme eussent été plus dilatables, on eût pu, en laissant agir la nature, conserver encore l'enfant ; il est vrai qu'on doit peu compter sur cet avantage lors d'un premier accouchement. Enfin la résistance des parties, et l'affaiblissement des pulsations artérielles décidèrent l'emploi du forceps, qui fut appliqué suivant les règles dont j'ai donné ailleurs l'exposition, et qu'on retrouvera encore avec plus de détails dans l'observation suivante.

N° VI.

Procidence du cordon ; forceps.

La femme qui va nous occuper était robuste, sanguine, et âgée de vingt ans. Parvenue au terme naturel de sa première grossesse ; elle ressentit les premières douleurs puerpérales le 5 novembre, à quatre heures du matin.

L'orifice utérin, placé au centre du bassin, offrait une ouverture de huit à dix lignes de diamètre ; ses bords étaient souples et minces ; les membranes bombaient faiblement pendant la dou-

leur. La tête du fœtus pouvait être sentie par le doigt explorateur ; mais elle était fort élevée.

Le travail marcha lentement, et à cinq heures du soir, la dilatation était complète. Le toucher, pratiqué à cette époque, me fit reconnaître la présence du cordon ombilical au-dessous de la tête, et je pus en sentir aisément les pulsations. Les membranes, qui bombaient fortement, ne tardèrent pas à s'ouvrir; le cordon se précipita dans le vagin; la tête pénétra dans le détroit supérieur de manière à en affaiblir beaucoup les pulsations, et même à les suspendre tout-à-fait pendant la douleur.

On pouvait encore à cette époque tenter le refoulement du cordon ou la version du fœtus ; mais l'incertitude et la lenteur des résultats de ces deux moyens me firent préférer l'application du forceps.

En conséquence, la femme placée transversalement sur le bord de son lit, je m'attachai d'abord à bien préciser la position de la tête, et je reconnus sans peine que l'occiput était en avant et à gauche, la fontanelle antérieure en arrière et à droite : c'était donc la première position du vertex à laquelle j'avais affaire. La branche gauche fut d'abord introduite vers le côté droit du bassin, puis inclinant entre les cuisses le crochet de cette branche, je fis parcourir à la cuiller, dirigée par quelques doigts de ma main gauche, une ligne oblique et spirale qui la ramena en devant et à droite, entre le muscle obturateur interne de ce côté et le pariétal droit du fœtus. La branche droite fut

portée directement au-devant de l'échancrure sciatique gauche. L'articulation des branches se fit avec facilité. Alors, saisissant l'instrument vers le pivot avec la main gauche en supination, et vers les crochets avec la droite en pronation, je tirai directement en bas, parallèlement à l'axe du détroit supérieur, pour enfoncer la tête dans l'excavation; cela fait, je commençai à relever lentement les crochets, en ramenant aussi peu à peu les cuillers sur les côtés du bassin, de telle sorte que mes tractions furent enfin dirigées en haut et parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Pour rendre ces derniers mouvemens plus faciles, j'avais réduit la main gauche à la pronation, et la droite à la supination.

Je me hâtai de désarticuler et d'extraire les branches quand la tête ne fut plus retenue que par les organes génitaux externes; et en effet, la terminaison de l'accouchement s'opéra spontanément à l'instant même, sans faire courir au périnée les dangers qu'aurait entraînés une extraction complète à l'aide du forceps.

L'enfant naquit une demi-heure après la rupture des membranes et le commencement de la compression du cordon ombilical : aussi nous offrit-il une teinte violacée et un état de mort apparente, qui ne fut dissipé que fort difficilement. Ce ne fut qu'une heure après la naissance que l'insufflation pulmonaire, que l'application d'un courant d'air frais, les frictions et un bain d'eau

aiguisée de vinaigre parvinrent à décider quelques inspirations : cependant le rétablissement fut assez complet pour qu'on pût transporter le lendemain le nouveau-né aux Enfans-trouvés : c'était une fille du poids de six livres.

La délivrance fut simple et facile, et la mère sortit bien portante douze jours après son accouchement.

J'ai suffisamment fait valoir les raisons qui déterminèrent le choix du procédé opératoire pour me dispenser de plus amples détails. Quant à l'état de l'enfant, il confirme ce que nous avons dit plus haut sur les effets de la compression du cordon. On ne peut reconnaître ici d'autres symptômes que ceux d'une asphyxie véritable, et comparable à celle qu'occasione, chez les adultes, la privation d'un air suffisamment oxygéné.

N° VII.

Jumeaux ; procidence du cordon et d'un bras ; quatrième position du vertex (B.); *forceps.*

Elisabeth Lapl....., âgée de vingt-cinq ans, bien portante, et enceinte pour la deuxième fois, arriva à l'hospice le 3 ventose an 12, à minuit. La dilatation de l'orifice était presque complète; les membranes bombaient, et l'enfant offrait le vertex dans la première position. Presqu'aussitôt les

membranes se rompirent, et l'accouchement s'opéra spontanément après sept heures de travail.

Cependant le ventre conservait un certain volume, et le toucher nous apprit que la matrice contenait un deuxième enfant dont on ne pouvait reconnaître la position; après quelques douleurs, je rompis les membranes, et reconnus que le vertex s'avançait dans la quatrième position, précédé d'une anse de cordon ombilical et de l'avant-bras du côté gauche. Les artères du cordon pulsaient d'abord avec force; mais les douleurs étaient faibles et la femme déjà fatiguée; bientôt même les pulsations s'affaiblirent: c'est pourquoi, trouvant la tête engagée dans le détroit supérieur, je me décidai à la saisir avec le forceps. Cet instrument fut appliqué sur les côtés de la tête, de sorte que la concavité des bords répondait au front du fœtus et au trou sous-pubien gauche de la mère.

Les tractions ordinaires, aidées d'une légère torsion, amenèrent bientôt le front derrière l'arcade des pubis et la face derrière la symphyse: alors, élevant fortement les crochets du forceps, je parvins sans beaucoup de peine à dégager l'occiput au-devant du périnée vigoureusement soutenu. Le reste de l'opération n'offrit rien de remarquable.

L'enfant donna quelques signes de vie; il offrait tous les symptômes de l'asphyxie apoplectique; c'est pourquoi je me hâtai de couper le cordon

et d'en laisser sortir du sang jusqu'à ce que la respiration commençât à se rétablir. Un bain chaud, des frictions sèches et vinaigrées, l'excitation de la membrane pituitaire contribuèrent aussi à rétablir la respiration. Moyennant ces secours, l'enfant revint complètement à la vie et à la santé. Les suites de couches furent simples.

On notera ici l'état apoplectique du fœtus, effet évident de la compression du cordon, effet tout contraire à celui que la plupart des auteurs attribuent à cet accident. Ce n'est qu'au moyen d'une abondante saignée ombilicale qu'on a pu prévenir les suites fâcheuses de cette pléthore veineuse que j'ai déjà plusieurs fois comparée à celle que produit l'asphyxie chez les adultes.

N° VIII.

Procidence d'une main et du cordon; forceps.

Une femme de vingt-quatre ans, robuste et sanguine, parvenue au terme de sa deuxième grossesse, arriva à la Maison d'Accouchement le 30 octobre à six heures du matin. L'orifice commençait à s'ouvrir; ses bords, souples et minces, annonçaient une dilatation facile; on sentait la tête et une main sous elle; mais cette circonstance ne me parut pas assez importante pour faire désespérer de la possibilité d'un accouchement naturel.

A onze heures du matin, dilatation complète, ouverture spontanée des membranes, procidence du cordon ombilical au voisinage de la main. Les pulsations étaient fortes, la femme robuste, et la position de la tête favorable (première du vertex): c'est pourquoi j'espérai d'abord que la nature suffirait à tout. Bientôt les pulsations diminuèrent et même disparurent sans que la tête eût fait beaucoup de progrès: elle était à peine engagée dans l'excavation.

Ces considérations me déterminèrent à recourir à l'application du forceps. J'y procédai suivant les règles, et j'amenai ainsi une fille du poids de six livres. D'abord sans mouvement, elle fut peu à peu rappelée à la vie. On n'a pas noté quel genre de secours lui fut administré, ni quels symptômes accompagnaient son asphyxie.

N° IX.

Procidence du cordon; première position frontale; version.

La femme qui fait le sujet de cette observation, âgée de vingt-sept ans, était forte et d'un tempérament sanguin: c'était sa première grossesse.

Le 4 février, à six heures du soir, on trouve l'orifice ouvert de quinze à dix-huit lignes, les douleurs fortes et fréquentes. La tension des membranes empêche de reconnaître quelle partie l'en-

fant présente. A neuf heures, dilatation complète, rupture des membranes, évacuation d'eaux bourbeuses et verdâtres (méconium). On reconnaît que la tête appuie vers la fosse iliaque gauche et que le front, dirigé à droite et en arrière (première du vertex), en est la partie la plus basse. L'utérus était fortement incliné à droite; on le redresse, et, de la main droite, on cherche à abaisser l'occiput du fœtus; mais rencontrant dans ces tentatives une anse de cordon glissée sous la tête, on s'empresse d'aller à la recherche des pieds. Pour cela on retire la main introduite : la gauche en prend la place et amène bientôt le pied gauche; le droit, amené dans le vagin, n'a pu être tiré au dehors. En tirant sur le premier de ces membres on opéra le pelotonnement, et l'on réduisit la position à la deuxième des pieds. Ce ne fut point sans difficultés qu'on dégagea les hanches d'abord et ensuite les épaules. Le cordon, passé entre les cuisses, était tendu au point qu'il fallut en faire la section, et le bras gauche se trouvait serré entre la tête et les pubis : on parvint cependant à le dégager en le faisant passer sur le côté de la tête et vers la partie postérieure du bassin. La tête sortit offrant la face en arrière et à gauche; il fallut, pour l'extraire, employer d'assez grands efforts; elle offrait au pariétal gauche une dépression qui indiquait que le bassin était rétréci. Cette particularité nous rendit raison des difficultés que l'accouchement nous avait offertes.

L'enfant était un garçon du poids de six livres; il était probablement mort avant l'ouverture des membranes, puisqu'il avait sali les eaux de son méconium.

Pendant l'accouchement, le sang coulait assez abondamment du vagin, et le placenta sortit avec le fœtus. Ce décollement prématuré fut peut-être la cause de sa mort. La mère fut prise, après son accouchement, d'un frisson spasmodique de peu de durée, et qui n'eut aucune suite fâcheuse.

N° X.

Plusieurs observations de version du fœtus pour procidence du cordon sous la tête.

I. Femme de vingt ans, lymphatique, mais bien portante, enceinte pour la première fois et à terme. Travail commencé le 18 mai, à deux heures du matin; douleurs faibles. A huit heures, dilatation de quinze lignes; on sent, à travers les membranes, la tête en première position, et sous elle une anse de cordon pulsant avec force. A six heures du soir, dilatation complète; l'anse du cordon a multiplié ses replis, et par conséquent sa longueur. La version est décidée et pratiquée à l'instant par mademoiselle Saintilant, élève ancienne; elle y employa la main gauche, et ne rompit les membranes qu'après avoir pénétré dans l'utérus. Le pied droit fut amené au dehors,

et en tirant sur ce seul membre, on termina l'accouchement, comme dans la deuxième position des pieds. L'enfant pesait sept livres; il a eu besoin de quelques secours.

II. Vingt-six ans, tempérament sanguin, santé mauvaise, deuxième grossesse. Travail commencé le 9 janvier 1810, à neuf heures du soir; douleurs faibles. A onze heures, douleurs plus fortes; on reconnaît la première position du vertex encore fort élevé. A deux heures, on sent, à travers les membranes, une anse de cordon; dilatation suffisante. La version est tentée par madame Legrand (aujourd'hui sage-femme en chef de l'hospice). La main gauche pénètre dans l'utérus en ouvrant les membranes; elle arrive jusqu'aux pieds, qui sont croisés l'un sur l'autre; le droit est amené à la vulve et suffit pour terminer régulièrement l'opération. L'enfant était du sexe féminin, du poids de six livres, et fort bien portant. La mère a peu souffert et s'est aisément rétablie.

III. Trente ans, troisième grossesse troublée, vers le sixième mois, par une fièvre tierce, et par une pleurésie dans le neuvième; travail déclaré le 23 avril 1810, à huit heures du matin, avec accroissement de la fièvre et de l'oppression. Douleurs faibles. Le 25 avril seulement, la dilatation est entière; on sent le cordon sous la tête du fœtus, qui présente le vertex en deuxième position; il exécute encore des mouvemens sen-

sibles; les artères battent, mais faiblement. La version est pratiquée; la main droite est introduite, les membranes rompues, et le pied gauche amené; il croisait le droit, qui fut ensuite attiré avec facilité. Le reste de l'opération fut régulier et facile. L'enfant, du sexe masculin, pesait sept livres; il était faible. Une violente hémorrhagie a suivi l'accouchement et a nécessité l'introduction de la main dans l'utérus. Le neuvième jour, nouvelle hémorrhagie; tamponnement. Le onzième, à quatre heures du matin, même accident, même traitement; enfin rétablissement complet.

IV. Trente ans, tempérament lymphatique, constitution faible. Travail commencé le 1er septembre 1812, à 10 heures du matin; tête fort haute, position inconnue. A cinq heures du soir, dilatation complète, membranes descendues dans le vagin et jusqu'à la vulve; on reconnaît dans cette poche une anse de cordon pulsant avec force. La version est décidée; mademoiselle Lamarque y procède; elle introduit la main gauche, reconnaît, en passant, la première position du vertex, et rompt les membranes en saisissant le pied gauche vers le fond de la matrice; le droit fut amené ensuite, et l'accouchement terminé comme dans la deuxième position des pieds. L'enfant pesait sept livres; il fut aisément ranimé : c'était un garçon. La mère eut une fièvre bilieuse, guérie par l'emploi des évacuans.

V. Trente-deux ans, tempérament lymphatique,

huitième grossesse; commencement du travail le 23 juin au soir; douleurs faibles; position inconnue. Le 24 juin 1813 à midi, douleurs plus vives; on croit reconnaître une main flottant dans les eaux. A huit heures du soir, nouvelles douleurs, dilatation complète. On rompt les membranes, et l'on s'assure que la tête offre le vertex dans la première position, et que le cordon a glissé sous elle : aussitôt on procède à la version. Madame Bergougnoux, élève ancienne, introduit la main gauche, saisit les deux pieds à la fois, et termine l'accouchement comme dans la deuxième position de ces parties. Garçon de sept livres, faible, mais facilement ranimé. Le placenta pesait une livre. La mère s'est bientôt rétablie.

VI. Vingt-deux ans, tempérament sanguin, bonne constitution, troisième grossesse; travail commencé le 9 avril 1814 à minuit. Rupture spontanée des membranes. On reconnaît la première position du vertex précédé du cordon. Les douleurs étaient fortes, la dilatation presque faite. J'espérais que la tête descendrait promptement et pourrait être aisément saisie avec le forceps. Après une heure d'attente inutile, je préférai la version. Mademoiselle Briard y procéda à la manière ordinaire. Le pied gauche fut seul dégagé, et servit à terminer l'extraction d'un garçon mort et du poids de cinq livres. La mère a été prise d'une péritonite avec fièvre gastrique, qu'ont guéries l'ipécacuanha et les bains.

On voit par tous ces exemples, comme on verra dans ceux qui suivent, que c'est à la lenteur du travail et à l'élévation de la tête au-dessus du détroit qu'il faut attribuer la procidence du cordon, quand elle a lieu avant la rupture des membranes. Plusieurs des enfans dont il a été parlé sont nés faibles; mais on n'a pas déterminé, dans les notes qui me restent, si cette faiblesse était accompagnée d'anæmie ou de pléthore.

N° XI.

Deux exemples de procidence du membre supérieur; version.

I. Une femme âgée de quarante-un ans, bien portante quoique peu robuste, était enceinte de son neuvième enfant et à terme. Le 19 novembre 1810, à quatre heures du matin, premières douleurs; on sent la tête au détroit supérieur dans la première position; elle paraît peu volumineuse; la main droite a glissé sous elle. Les membranes ne tardèrent pas à s'ouvrir, et les eaux s'écoulèrent lentement et presque sans douleurs pendant tout le jour et la nuit suivante. Le 20, fièvre, diarrhée, vomissemens, céphalalgie, accablement, douleurs presque nulles, dilatation complète. La tête semblait avoir remonté, et le bras s'allongeait de plus en plus dans le vagin : c'est pourquoi la version fut décidée

mademoiselle Denans en fut chargée. De la main gauche elle alla saisir le pied gauche de l'enfant; puis, éprouvant de trop grandes difficultés pour atteindre l'autre, elle se contenta, par mon ordre, de tirer sur celui qu'elle avait fait descendre. Tout le reste fut exécuté suivant les règles, et l'on amena ainsi un garçon du poids de six livres, vivant, mais qui eut besoin de secours. Une hémorrhagie interne exigea l'introduction de la main dans l'utérus : elle n'eut aucune conséquence fâcheuse.

II. Une femme de vingt-huit ans, faible et lymphatique, arrivée à la fin du huitième mois de sa cinquième grossesse, commença à souffrir le 18 décembre 1812, à trois heures du matin. A huit heures, orifice entièrement dilaté, membranes tendues, tête fort élevée, à peine sentie par le doigt, et précédée d'une partie fort mobile, mais indéterminée. Ces incertitudes me décidèrent à faire pratiquer la version. L'opération fut confiée à mademoiselle Marchal. La main gauche de cette élève, après avoir reconnu que la tête s'offrait dans la première position, pénétra, sans rompre les membranes, jusqu'au fond de l'utérus, sentit les pieds, amena le gauche d'abord, et le droit ensuite. Le tronc fut en partie extrait comme dans la deuxième position des pieds ; mais le thorax tourna, par un mouvement spontané, le sternum sous les pubis, de sorte qu'il fallut dégager les bras en les attirant en avant par rapport à la mère comme par rapport

à l'enfant. La tête avait conservé une direction transversale, telle que le front était à gauche et l'occiput à droite. On repoussa ce dernier pour faciliter la flexion; mais cette flexion fut surtout opérée par deux doigts de la main gauche, qui, placés dans la bouche, abaissèrent la face et la tournèrent vers le sacrum, puis l'attirèrent à l'extérieur. L'enfant était faible; on l'a ranimé : c'était un garçon du poids de sept livres. La mère s'est bien portée.

N° XII.

Plusieurs exemples de version pour procidence d'un membre supérieur et du cordon sous la tête.

I. Marie Lard...., âgée de trente-deux ans; troisième grossesse, à terme; travail commencé le 1er brumaire an 13, à une heure après midi; *douleurs faibles*, tête fort mobile et inaccessible aux doigts. Le 2, à huit heures du matin, dilatation complète, douleurs vives, rupture spontanée des membranes; en même temps le cordon ombilical et la main droite glissent sous la tête, qui offre le vertex en deuxième position. La main droite est introduite et saisit le pied gauche du fœtus; il est amené, et sur lui s'opèrent les tractions; dégagement facile. L'enfant naquit *asphyxié*: les secours ordinaires le rendirent à la vie. C'était une fille pesant sept livres. Suites de couches fort heureuses.

II. Vict. Mich..., âgée de vingt-six ans, lymphatique ; deuxième grossesse, à terme ; travail commençant le 22 janvier 1811. A trois heures, l'orifice est assez ouvert pour permettre de sentir la tête au-dessus de la fosse iliaque droite, et près d'elle un membre flottant, bientôt reconnu pour un membre thoracique. A quatre heures et demie, dilatation complète ; on ouvre les membranes ; le cordon descend sous la tête, et l'on pratique la version : mademoiselle Lescœur, du département de l'Ain, en est chargée : elle introduit la main gauche (première position), et amène le pied gauche du fœtus, sur lequel on agit comme dans le cas précédent : seulement on facilita la sortie des fesses en passant le doigt dans l'aîne droite lorsque les hanches furent accessibles. Cette aîne, par l'effet de nos tractions sur la jambe gauche, s'était tournée en arrière (1), de sorte que le fœtus se dégagea comme dans la première position des pieds, et non comme dans la deuxième, ainsi qu'il aurait dû le faire : aussi le bras droit se trouva-t-il placé entre le

(1) En tirant ce membre dans l'axe du détroit inférieur, on le tire nécessairement en avant : alors la hanche qui lui répond vient se placer sous les pubis. On ne peut tirer parallèlement à l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire en arrière, que sur le membre placé en avant : la courbure du sacrum, du coccyx et du périnée s'y oppose pour celui qui est en arrière.

sacrum de la mère et l'occiput du fœtus; on parvint, non sans peine, à le dégager au-devant de la face et de la poitrine (1). La tête fut extraite à la manière ordinaire, après en avoir favorisé la flexion en repoussant l'occiput. Le *placenta* se présenta immédiatement à la vulve; il pesait une livre un quart : le cordon était grêle; il avait vingt pouces de longueur. Une syncope a suivi l'accouchement, et c'est le seul accident qu'ait éprouvé cette femme. L'enfant a jeté un cri en naissant : cependant il a eu besoin de secours : c'était un garçon de sept livres; il a été pris d'un coryza de peu de durée.

III. L. Mass... âgée de trente ans, valétudinaire; deuxième grossesse; travail commencé le 20 mars 1821. Tête au-dessus du détroit supérieur, cordon pulsant au-dessous d'elle, *douleurs faibles*. A trois heures après midi, dilatation entière, rupture spontanée des membranes. A l'instant, le cordon, accompagné de la main gauche du fœtus, se précipite dans le vagin, et s'avance

(1) Ce membre était sans doute déjà élevé au niveau de la tête lorsque s'opéra la rotation qui changea la position de deuxième en première des pieds. Si la rotation avait été exécutée plus tôt, c'est-à-dire quand les bras étaient encore sur les côtés du tronc, ce membre se fût relevé derrière le thorax et n'eût pu être dégagé qu'en le faisant descendre sur le dos, et par conséquent en sens inverse du procédé qui a eu ici un plein succès. (*Voyez* tom. 1er, pag. 308.)

jusqu'à la vulve. Ces deux parties furent repoussées dans l'utérus; mais les douleurs ne reprenant aucune énergie, il fallut en venir à la version du fœtus : elle fut opérée par mademoiselle Bosq. La main droite (deuxième position) pénétra avec difficulté jusqu'aux pieds du fœtus, vu le resserrement de la matrice : cependant tous deux furent amenés à la vulve. Le reste de l'extraction fut simple; la tête seule exigea, par son volume, quelques efforts méthodiquement dirigés. L'enfant, du sexe masculin, pesait sept livres et eut besoin de quelques secours. Quant à la mère, elle fut saisie, le deuxième jour, d'une péritonite qui guérit par l'emploi de la saignée, des sangsues, des bains et des laxatifs.

IV. A. Bris....., femme peu robuste, âgée de trente ans, arrivée à l'hospice le 21 août 1810, à une heure après midi; sixième grossesse (1). Dans l'intervalle des douleurs, on sent, à travers les membranes, une anse de cordon pulsant avec vivacité, accompagnée d'un avant-bras au-dessus duquel est la tête. Dilatation complète, membranes

(1) Il est à remarquer que cet accident semble arriver le plus souvent à des femmes déjà plusieurs fois accouchées. Nous avons jusqu'ici observé le contraire pour tous les autres accidens que nous avons passés en revue. Cette disposition ne tiendrait-elle pas à un plus grand relâchement du col de l'utérus, qui, s'effaçant avant d'être pressé par la tête du fœtus, laisserait ainsi, entre elle et lui, un espace libre avant la rupture des membranes?

lâches et descendues en forme de poche jusqu'à la vulve. La version fut sur-le-champ opérée de la main gauche; les deux pieds furent successivement amenés, le gauche d'abord. Les épaules offrirent seules quelques légères difficultés. La position de la tête n'avait été reconnue qu'en opérant: c'était la première. Le travail avait duré neuf heures, et l'enfant pesait environ sept livres: c'était un garçon. Il fut aisément ranimé, et les suites de couches furent simples et heureuses.

V. Femme de trent-sept ans, faible, rachitique; *cinquième grossesse.* Vers le septième mois, douleur à l'hypochondre droit. Travail déclaré le 26 avril; rupture spontanée des membranes. Une sage-femme et un accoucheur sont successivement appelés. Après bien des tentatives, répétées pendant vingt-quatre heures, ils nous adressent la malade le 28 à midi. Face altérée et pâle, extrémités froides, pouls insensible; nausées et vomissemens de matières noirâtres, oppression, douleur intolérable et permanente vers l'ombilic, point de contractions utérines, abdomen excessivement douloureux, écoulement de sang par le vagin (1); orifice utérin à bords épais, inégaux, affaissés. La tête du fœtus était sentie vers la fosse iliaque droite; au centre du détroit supérieur étaient la main et l'avant-bras droit, plus une anse de cordon sans pulsation aucune. Après avoir laissé re-

(1) Signes certains de rupture à l'utérus.

poser la malade et l'avoir réchauffée et ranimée autant que possible, je permis à une élève ancienne d'aller à la recherche des pieds avec injonction formelle de s'arrêter au moindre obstacle. De la main droite elle amena le pied droit; mais en vain voulut-on terminer l'accouchement en tirant sur lui seul; il fallut aller chercher l'autre. L'utérus n'était point assez resserré pour mettre à l'opération beaucoup d'obstacles; mais quoique nous eussions les deux pieds, nous ne pûmes empêcher le tronc de tourner le sternum en devant. Cette direction vicieuse ne nous empêcha pas de dégager sans peine les deux bras en les ramenant sous les pubis. Quant à la tête, au moyen de la manœuvre décrite dans le premier volume (p. 97), je parvins à tourner la face en arrière et à l'extraire suivant les règles, en m'aidant toutefois du crochet mousse, introduit dans la bouche de l'enfant. Il était putréfié et fut immédiatement suivi du placenta. Les accidens continuèrent, et la mère ne survécut que vingt-quatre heures à l'accouchement.

Examen du cadavre.

Thorax sain, sérosité rouge dans l'abdomen, péritoine généralement brunâtre, et gangrené en plusieurs points; utérus volumineux, de couleur brune : le col était détaché du vagin dans toute sa moitié antérieure. Le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal n'avait que trois pouces d'étendue.

Ces désordres étaient évidemment dus aux fausses manœuvres exécutées avant l'arrivée de la malade à l'hospice : sans doute le resserrement du bassin avait été la première cause des difficultés et des retards du travail ; le bras et le cordon étaient probablement sortis après les tentatives infructueuses de l'accoucheur ; peut-être aussi avaient-ils d'abord glissé sous la tête retenue par l'angle sacro-vertébral et les pubis.

N° XIII.

Procidence du cordon avec un pied sous la tête ; version.

Elisab. Cron...., âgée de trente-huit ans, était enceinte de son deuxième enfant, et à terme, le 11 ventôse an 12, à dix heures du soir, lorsqu'elle arriva à l'hospice. L'orifice avait dix-huit à vingt lignes de diamètre ; les douleurs étaient fortes, et la tension des membranes trop considérable pour permettre une exploration facile ; un membre flottait *à une grande hauteur* dans les eaux de l'amnios. La rupture des membranes nous mit bientôt à même de reconnaître le pied gauche, dont les orteils répondaient à droite du bassin et le talon à gauche. Dès-lors les douleurs diminuèrent et les choses restèrent en cet état jusqu'à deux heures du matin. A cette époque, douleurs plus vives ; la tête du fœtus s'engage dans le détroit, et pousse au-devant d'elle une anse de cordon ombilical

dont les artères pulsent encore, mais faiblissent beaucoup pendant la durée des contractions utérines.

Cet état de choses requérait une prompte assistance de l'art : la version fut décidée et exécutée sur-le-champ ; elle fut, comme on le pense bien, extrêmement simple ; des tractions modérées sur le pied qui s'était le premier offert à notre observation suffirent pour faire remonter la tête, pelotonner le fœtus et en achever l'extraction. Le membre abdominal droit s'étendit au-devant de l'abdomen et du thorax, et sortit en même temps que le tronc.

Toute cette manœuvre s'opéra avec d'autant plus de facilité que, d'une part, les organes de la mère étaient fort dilatables, et que, de l'autre, l'enfant était fort petit : il naquit vivant.

La délivrance fut naturelle ; mais une fièvre gastrique survint le neuvième jour ; elle fut traitée par les évacuans.

Nous trouvons encore ici une deuxième grossesse, et nous avons déjà vu plusieurs faits de cinquième, sixième, septième et neuvième grossesses avec de pareils accidens ; particularité d'autant plus remarquable qu'elle est en opposition avec ce que nous ont appris la plupart des autres complications du travail.

On remarquera ici que le pied qui s'est présenté d'abord était fort élevé dans le bassin, ce qui in-

diquait que le fœtus ne présentait point franchement son extrémité pelvienne. Le petit volume du fœtus a facilité aussi le pelotonnement ; dans la plupart des cas analogues, on serait forcé de repousser la tête pour faciliter la version.

N° XIV.

Trois exemples de version pour procidence de plusieurs membres sous la tête, avec ou sans le cordon ombilical.

I. Le 11 mai 1821, à cinq heures du matin, entra à la salle d'accouchement une femme de vingt-six ans, de constitution moyenne, et parvenue au terme naturel de sa seconde grossesse.

Les membranes s'étaient rompues la veille à trois heures du matin ; mais les douleurs n'avaient commencé à être un peu fortes qu'à trois heures du soir.

A l'arrivée de cette femme, elle fut examinée, et l'on trouva, dans le haut du vagin, la main, l'avant-bras et le pied droits, et, au-dessus de ces parties, la tête, bien reconnaissable à sa dureté, à sa rondeur, à ses sutures et fontanelles : elle était peu mobile. Ces parties étaient peu tuméfiées; elles se retenaient mutuellement au détroit supérieur, et, comme on vient de le voir, le membre thoracique était le plus avancé des trois.

Mademoiselle Hucherard, alors première élève,

s'efforça de soutenir la tête pendant que j'amenais le pied à l'extérieur, ce qui ne put s'opérer qu'avec d'assez grands efforts : quand il fut à la vulve, la tête remonta, et la jambe descendit sous les pubis. Dès-lors nous achevâmes l'accouchement de la manière suivante. On tira sur la jambe en la portant en arrière et à gauche, et les fesses parurent à la vulve ; l'aîne gauche, placée en arrière, fut accrochée par un doigt qui facilita ainsi le dégagement du tronc et de la jambe du même côté. Pendant cette partie de l'opération, la main droite du fœtus s'était rapprochée du périnée ; le bras croisait la nuque. Cette main fut saisie, tirée en bas, et le bras se dégagea aisément en descendant sur le dos ; le gauche fut extrait par le procédé ordinaire, et il en fut de même de la tête : avant son extraction cependant il fallut débarrasser les épaules du cordon ombilical, qui les entourait toutes deux en forme de bandage étoilé.

L'enfant était vivant, mais un peu *pléthorique ;* on fit saigner le cordon, et il reprit toute sa vivacité : il pesait cinq livres et demie.

La mère se porta fort bien pendant toute sa couche. L'orifice inférieur du vagin, rétréci par un reste de l'hymen, avait été une des principales causes de la difficulté des premières tentatives : cet orifice fut assez profondément échancré en arrière, et au-dessus de la fourchette, qui est restée parfaitement intacte.

II. Le 15 mai de la même année, chez une

femme de quarante ans, maigre et petite, déjà mère de *sept enfans*, nous reconnûmes, à la rupture des membranes, la présence de la main et de *l'avant-bras* gauches au détroit supérieur; au-dessus était *la tête* offrant la face en arrière, le front plus abaissé que le reste; à droite était un genou, et, au milieu, le cordon ombilical offrant de vives pulsations. L'enfant exécutait des mouvemens assez vifs et qui changeaient même souvent les rapports des parties que nous avons énumérées. On saisit le genou, et on chercha à l'attirer, mais sans succès. Dans ces tentatives on sentit un pied qui fut amené à la vulve; l'autre était au voisinage, et fut extrait avec une égale facilité. L'évolution fut prompte; la tête seule résista. La face était directement en arrière, et le front appuyait sur l'angle sacro-vertébral; il fallut porter les doigts jusque sur la racine du nez pour en faciliter la flexion, et diriger fortement en arrière nos tractions pour la plonger dans l'excavation. Dès-lors tout fut terminé, car les organes extérieurs de la femme étaient largement ouverts (1).

L'enfant était une fille du poids de sept livres et demie; elle fit sur-le-champ quelques inspirations; mais son état de *pléthore* exigea la saignée ombilicale.

III. Le 30 octobre 1807, la nommée Al. Touv....

---

(1) Cet accouchement fut terminé par les soins de mademoiselle Hucherard, unis à ceux de l'éditeur.

fut également accouchée par la version du fœtus pour la présentation du côté droit de la tête précédé de la main droite et du pied gauche. Le front était tourné en arrière et à droite ; le travail avait duré treize heures. L'enfant était une fille du poids de cinq livres ; elle donna quelques signes d'une vie que nos efforts ne purent conserver.

On voit, par la première et la dernière de ces trois observations, que si la procidence d'un membre favorise celle du cordon, elle n'en est pourtant pas inséparable.

La première et la deuxième nous prouvent que les effets de la compression des vaisseaux ombilicaux sont plus voisins de la pléthore que de l'anæmie, car la disposition du cordon autour des épaules, dans le premier cas, l'avait nécessairement exposé à des pressions et à des tiraillemens considérables ; et, dans le deuxième, sa présence au détroit supérieur avec les autres parties l'avait aussi mis dans le cas de souffrir beaucoup de leur voisinage.

La première observation nous fournira encore deux réflexions : 1°. l'une est relative à la disposition du bras droit et à son extraction. Il est évident que ce bras, étant encore sur le côté du tronc, avait été retenu par l'utérus dans le moment où nos efforts tendaient à diriger le sternum à gauche et en arrière ; il avait dû alors croiser le dos, et ce croisement ne pouvait qu'augmenter pendant la progression du tronc. La tête s'était sans doute

présentée dans la première position; elle pouvait aussi avoir offert la cinquième (B.), puisque la jambe droite était en avant. Dans ce dernier cas, la rotation destinée à tourner le sternum en arrière devait être bien plus considérable, et ses effets pour le croisement du bras plus marqués. 2°. La deuxième remarque est relative à la rupture de l'orifice inférieur du vagin. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit des *ruptures médianes du périnée*, on verra ici le commencement d'une de ces ruptures. En effet, nous avons vu que c'est par de semblables éraillemens que commencent les ruptures dont nous parlons, et l'on conçoit qu'ici, si la tête s'était présentée la première, et qu'elle eût continué à presser de dedans en dehors, ou, si l'on veut, de haut en bas, sur le point éraillé, l'éraillement n'aurait pas manqué de se propager jusqu'à la peau sans que la fourchette en souffrît.

N° XV.

Deux exemples de procidence du cordon sous les fesses ou les pieds; accouchement manuel.

I. Em. Cous..., âgée de trente-un ans, lymphatique, mais bien constituée, et *enceinte pour la sixième fois*, arriva à l'hospice le 9 mars 1808, à six heures du soir. Les douleurs étaient fortes et duraient depuis une heure environ; la dilatation était entière; les membranes bombaient de ma-

nière à empêcher de reconnaître quelle partie l'enfant présentait.

A sept heures moins un quart, rupture spontanée des membranes : on reconnaît à l'instant même que l'enfant présente les fesses dans la première position (B.), c'est-à-dire, les lombes à gauche et un peu en devant, et que sous elles a glissé une anse du cordon ombilical dont les pulsations sont très-faibles. Cette remarque nous détermina à aller sur-le-champ à la recherche des pieds. L'élève chargée de l'opération poussa la main gauche jusqu'au fond de l'utérus et même jusqu'à la tête sans rencontrer les pieds : croyant alors notre premier diagnostic erroné, je lui fis introduire la main droite ; mais elle reconnut qu'elle était sur le dos du fœtus. En conséquence la main gauche fut réintroduite, et cette fois elle parvint à saisir le pied droit sur le thorax de l'enfant, où, sans doute, il avait d'abord été masqué par les membres supérieurs. Le membre abdominal droit répondait en arrière, et l'on ne pouvait s'en servir que d'une manière peu favorable ; mais je crus devoir épargner à la femme la douleur d'une nouvelle recherche, qui peut-être eût été difficile. On tira donc sur ce membre, et comme c'est l'ordinaire en pareil cas, le tronc tourna de manière à rapprocher des pubis la hanche droite, et à convertir en deuxième la première position : c'est dans cette direction que fut terminée l'opération. Des organes mous et dilatables permirent de l'exécuter avec facilité.

L'enfant, du sexe masculin et du poids de six livres trois quarts, naquit asphyxié; mais des secours soutenus pendant un temps assez long lui rendirent une santé parfaite. La mère s'est très-bien trouvée pendant le reste de sa couche.

II. La nommée Cath. Cherd.... se présenta à l'hospice le 10 brumaire an 10, souffrant depuis plusieurs heures. Elle était à terme et avait déjà eu *plusieurs* enfans : nous sentîmes à travers les membranes deux membres flottans qui nous parurent être les pieds du fœtus; entre eux pulsait fortement une anse de cordon ombilical. Cette disposition nous parut devoir exiger la terminaison de l'accouchement, qui fut opérée avec facilité. La dilatation était complète et les pieds se présentèrent dans la première position. L'enfant était du sexe féminin; il naquit en pleine santé.

N° XVI.

Deux exemples de version pour présence de l'épaule et du cordon ombilical.

I. Une femme robuste, âgée de trente ans, enceinte pour la *sixième* fois, et à terme, arriva à l'hospice le 26 septembre 1810, à dix heures du matin : le travail était commencé. A une heure après midi, rupture spontanée des membranes. Je reconnus que l'épaule droite se présentait dans la troisième position (B); c'est-à-dire, que la tête du fœtus était dans la fosse iliaque gauche, etc.

Le cordon ombilical formait une anse qui descendait un peu dans le vagin, et offrait de vives pulsations.

Ces deux circonstances requéraient l'application des secours de l'art. Une élève ancienne, mademoiselle Rogé, du département de l'Orne, fut chargée de pratiquer la version. Je commençai par dégager le bras; la main droite fut ainsi reconnue; le pouce était en avant, etc., ce qui confirma notre diagnostic. On appliqua un lacs sur cette main, et alors l'élève introduisit la main droite dans l'utérus et alla saisir le pied gauche, qui fut aussi maintenu par un lacs. Le droit fut ensuite amené, et le pelotonnement, ainsi que l'extraction totale du fœtus, furent opérés suivant les règles. La tête, fort dure et fort volumineuse, offrit quelques difficultés. L'enfant était dans un état d'asphyxie complète que les secours ordinaires diminuèrent peu à peu: cependant il fut encore *faible et pâle* le reste du jour. Il pesait huit livres.

Voici le premier enfant dont l'asphyxie ait été bien positivement accompagnée de pâleur. Le cordon n'avait pas été comprimé, du moins avant l'opération, On conçoit que, dans des cas semblables à celui-ci, la procidence n'entre que pour peu de chose dans les indications, puisque la présence de l'épaule suffit pour nécessiter la version : aussi n'en multiplierons-nous pas beau-

coup les exemples : un seul suffira avec celui qui précède.

II. Le 14 mai 1809, arriva à l'hospice la nommée S. B. Gar....; elle était en travail depuis dix heures et perdait du sang en assez grande abondance. Le toucher nous apprit que la dilatation était complète, et qu'une anse de cordon ou un membre très mobile flottait dans les membranes. On les rompit, et l'on reconnut en effet la présence du cordon, mais flasque et sans pulsations ; on sentit de plus l'épaule droite dans la troisième position. Sur-le-champ la version fut pratiquée de la main droite, et l'on amena sans peine un garçon putréfié et du poids de cinq livres.

Xe MÉMOIRE.

Obstacles dépendant des parties molles.

Après avoir parlé des accidens les plus remarquables qui peuvent survenir pendant le travail de la parturition, il nous reste encore à parcourir une classe très-importante et très-étendue de dispositions morbides, celles qui offrent aux efforts de la nature une résistance qu'elle ne peut vaincre que difficilement sans les secours de l'art, ou même une résistance tout-à-fait insurmontable, et qui nous force à créer à l'enfant une issue artificielle.

Peut-être ne devrait-il entrer dans cette classe que les obstacles proprement dits, c'est-à-dire, les obturations matérielles des passages que doit traverser le fœtus; mais l'absence des moyens ordinaires de l'expulsion peut être considérée aussi comme une sorte d'obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement, et la brièveté que je me propose de donner à l'article qui s'y rapporte me détermine à le réunir dans un seul Mémoire avec les autres genres d'obstacles, dût-il en résulter une légère disparate. Cet in-

convénient nous semble moindre que celui de morceler notre ouvrage, en le divisant en un grand nombre de petits Mémoires isolés.

D'après cela, voici la division que nous adopterons dans ce Mémoire et dans celui qui doit suivre :

- OBSTACLES :
  - Du côté de la mère :
    - Dynamiques.
      - Inertie utérine ;
      - Paresse ou paralysie des muscles abdominaux, etc.
    - Mécaniques. .
      - Siégeant dans les parties molles ;
      - Siégeant dans les parties dures (*bassin*).
  - Du côté de l'enfant :
    - Dynamiques ? Mort du fœtus.
    - Mécaniques. .
      - Grosseur et difformité ;
      - Multiplicité ;
      - Position défavorable.

Le présent Mémoire comprendra la première subdivision et la première partie de la deuxième du plan que je viens d'exposer ; un autre sera destiné aux vices du bassin.

ARTICLE PREMIER.

Inertie utérine.

Sous ce nom je comprends la faiblesse ou l'absence totale des contractions utérines, et je la distingue, non sans motifs, de la paralysie des muscles expulseurs soumis à la volonté. Ce n'est pas que l'indolence d'une femme ou la fatigue de ses muscles ne puisse ralentir le travail ; car les muscles aident puissamment à l'action de l'utérus ; mais fort souvent ce viscère se contracte avec énergie chez la femme la plus faible

et la plus pusillanime, et chasse à lui seul le produit de la conception : tandis que c'est en vain, pour l'ordinaire, qu'une femme dont l'utérus est en complète inertie s'épuiserait en efforts musculaires. L'utérus est la puissance principale ; les muscles ne sont qu'une puissance secondaire, mais assez valable pour avoir mérité une place dans le cadre que nous avons exposé plus haut. J'ai souvent senti la tête du fœtus s'avancer de plusieurs lignes dans le moment d'un effort musculaire; mais ce progrès était à l'instant même détruit quand la matrice ne soutenait pas, par sa contraction, cet effet de la volonté. Il résulte de là que l'inertie utérine doit principalement nous occuper : c'est elle qui dirigera notre étude, et nous ne parlerons de la faiblesse musculaire que lorsque l'occasion nous présentera quelque remarque intéressante, quelque rapprochement utile (1).

§ Ier. *Définition ; division.* Quelques auteurs modernes (Leroux, pag. 50) ont voulu recon-

(1) Il est bon de noter que, parmi les muscles expulseurs, nous ne comprenons point le diaphragme. M. le docteur Bourdon a fait, le premier, très-judicieusement remarquer que ce muscle est antagoniste des muscles abdominaux, qu'il cède dans les efforts, comme le prouvent le soufflement, les cris même qu'on pousse alors : le diaphragme en se contractant produit l'inspiration, et c'est toujours avec une expiration complète ou incomplète que les efforts s'opèrent.

naître une inertie par défaut d'élasticité et une autre par défaut de contractilité. Cette division me paraît purement spéculative, et je crois que son auteur a pris le change : nous trouverons, dans la manière d'agir des causes qui produisent l'inertie, une division bien plus naturelle; savoir l'inertie par torpeur et l'inertie par épuisement. Cette division en amènera une autre relative à la nature même de l'accident et dont il a déjà été question ailleurs (tom. 1er, pag. 98 et 207), savoir l'inertie proprement dite et l'inertie avec rigidité. Enfin il est encore une division fort importante à établir; c'est celle du temps où se manifeste l'inertie : nous verrons, en effet, que le pronostic et les indications sont bien différens avant et après l'accouchement, avant et après la délivrance.

§ II. *Causes*. Toute circonstance agissant sur la substance de l'utérus de manière à en altérer la texture doit nécessairement en diminuer la contractilité : aussi les lésions organiques, les déchirures, l'extrême distension, soit par du sang, par de l'eau, par un double fœtus, etc., jettent la matrice dans un état de torpeur ou d'engourdissement analogue à celui de la vessie ou de l'estomac remplis outre mesure : c'est ce que nous avons déjà reconnu en divers endroits, et surtout à l'occasion des hémorrhagies utérines : c'est en produisant une *expansion* contraire à l'exercice de la contractilité que toute excitation violente du système circulatoire gêne ou suspend les

douleurs utérines. (*Voyez* le 6e Mém., art. 1er.) C'est ainsi que tout mouvement fébrile, ou qu'une chaleur excessive, des boissons spiritueuses, etc., peuvent parfois jeter la matrice dans le même collapsus que produirait la distension mécanique. Il en est de même de toute disposition inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes. Une déplétion subite occasione également une torpeur qui peut tenir à la fois et au défaut de stimulus actuel et à la distension antérieure, et qui parfois aussi doit être attribuée à la violence des efforts qu'a nécessités une aussi prompte évacuation. Je ne sais jusqu'à quel point la mort de l'enfant peut stupéfier l'utérus; mais il est certain qu'une vive frayeur peut produire cet effet, comme elle le produit sur l'estomac, sur le cœur, sur les sphincters et sur les muscles des membres, comme le font la syncope (1), et la mort, qui n'en est que la permanence. Jamais en effet vous ne trouverez l'utérus contracté sur le cadavre d'une femme morte le premier ou le deuxième jour de ses couches, eût-il été senti globuleux et dur avant les derniers momens de l'existence.

---

(1) C'est à cause de la torpeur qu'il entraîne que le sommeil est, sinon une cause, du moins un signe d'inertie complète durant le travail. J'ai vu plusieurs fois madame Lachapelle se décider sur ce seul signe à l'application du forceps, prévoyant qu'alors le travail serait encore très-long. Elle distinguait cependant avec juste raison ce sommeil d'engourdissement, compagnon ordinaire des douleurs faibles,

Les causes que nous venons d'énumérer ne produisent jamais que le relâchement, la faiblesse de l'utérus : la rigidité, la constriction avec inertie appartiennent généralement aux causes du second genre, à celles qui amènent l'épuisement des forces, la fatigue et la lassitude générale, et celle de la matrice en particulier. Les autres muscles ne sont pas exempts de cette fatigue avec rigidité. Nous avons souvent éprouvé une roideur singulière dans les avant-bras et les mains à la suite de certains accouchemens très-laborieux, qui avaient nécessité de notre part des efforts très-violens et surtout prolongés sans secousse et d'une manière continue : aussi voyons-nous l'inertie avec rigidité précéder ou suivre la plupart des accouchemens qui s'annoncent long-temps à l'avance par de petites et faibles douleurs; ceux dans le commencement desquels les femmes s'épuisent en efforts superflus; ceux dans lesquels une mauvaise position (presque toujours alors la tête est au-dessus des pubis, ou bien en 4e ou 5e position), une conformation vicieuse, une étroitesse extrême des passages résistent aux efforts de la nature. Voilà

---

lentes et inefficaces par leur faiblesse même, de celui qui suit de vives douleurs auxquelles a résisté un obstacle quelconque. Ce dernier annonce un repos salutaire, repos qui rendra à l'utérus de nouvelles forces. Cette distinction nous fait voir combien il est nécessaire de séparer l'inertie par torpeur de l'inertie par épuisement.

(*Note de l'Éditeur.*)

pourquoi les premiers accouchemens exposent plus que tout autre à l'inertie ; et nous avons dit ailleurs que l'âge ne devait entrer ici en aucune considération ; qu'une femme âgée (à constitution égale) n'avait ni plus ni moins à craindre l'inertie qu'une plus jeune à son premier accouchement.

Certaines femmes y sont d'ailleurs tellement disposées qu'à toutes leurs couches elles en sont atteintes, soit avant, soit après l'accouchement, sans qu'aucune cause apparente explique cette disposition.

Il est une circonstance qui souvent amène l'inertie, et qui semblerait, au premier abord, devoir l'empêcher : c'est la rupture des membranes dans un point autre que la partie qui répond à l'orifice, et l'écoulement *lent* et *graduel* des eaux (1) : c'est que cette rupture, reconnaissant d'ordinaire une cause ou du moins une prédisposition étrangère aux contractions utérines, s'opère avant l'établissement du travail, permet à la matrice de se resserrer sans exercer sur l'orifice aucun effort qui en détermine la dilatation. La rupture *prématurée* et l'écoulement brusque des eaux produisent bien plus sûrement encore cet effet, parce que cet accident enlève à l'utérus jusqu'au faible moyen que lui laissent, pour agir sur son orifice, des membranes demi-vides.

Je ne sais si ce n'est pas à une semblable cause

(1) C'est ce que beaucoup d'auteurs ont appelé *fausses eaux* et qu'ils ont cru provenir de la rupture de quelque sac particulier, parce qu'il en restait encore dans les membranes quand ils venaient à les rompre vis-à-vis l'orifice.

qu'il faut rapporter les effets de la plénitude excessive de la vessie, ou si l'on doit attribuer ces effets à la volonté de la femme, qui retient ses efforts dans la crainte d'augmenter ses douleurs (1). Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on fait souvent cesser l'inertie par le seul emploi de la sonde. (*Voy.* tom. 1er, p. 54, et t. II, p. 124.)

§ III. *Diagnostic* et *Pronostic*. La nature de l'inertie une fois déterminée, il est facile d'en déduire les signes par le simple raisonnement. Dans la torpeur, il y aura nécessairement absence

(1) Le professeur Dubois pense que la brièveté du cordon agit de la même manière par le tiraillement qu'elle produit (*voy.* le Mémoire précédent, p. 224), et que cette brièveté ne met pas d'autre obstacle *mécanique* à l'accouchement. Malgré l'autorité d'un nom si justement célèbre, je ne puis partager cette opinion. Une dame que j'ai accouchée dans l'année 1822 resta *sans la moindre douleur* pendant environ cinquante heures après l'écoulement des eaux : la tête était alors fort haute et l'orifice à peine ouvert. Dès que les douleurs parurent, la tête descendit avec célérité; les progrès furent graduels et l'enfant naquit bientôt, aidé par les vigoureux efforts de la mère. Il avait cependant le cordon tellement entortillé autour du cou et des épaules, et tellement serré et tiraillé, que je fus forcé de le couper pour permettre aux épaules de s'avancer. Or, ce tiraillement n'a eu lieu qu'à mesure que la tête s'est précipitée dans le bassin, et pourtant, depuis ses premiers progrès, les douleurs n'ont pas cessé d'être énergiques, et la mère n'a pas cessé de les seconder avec courage. Le cordon n'avait pu être tiraillé pendant l'inertie, il n'en était donc pas la cause.

(*Note de l'Éditeur.*)

de douleurs, absence de rigidité, de dureté dans le bas-ventre. Dans la rigidité, au contraire, il y aura une tension permanente de l'abdomen, tension qui empêchera la main de l'accoucheur de pénétrer aisément dans l'utérus, qui causera une douleur faible, mais continuelle et accompagnée de ces *douleurs de reins* que j'attribue à la rigidité de l'orifice, et dont il sera bientôt question, de sensibilité dans l'abdomen, et souvent de fièvre, de vomissemens, etc. A ces signes particuliers s'en joindront d'autres selon l'époque du travail où se montre l'inertie. Ainsi, après l'accouchement, le placenta séjourne au lieu d'être expulsé; le sang s'échappe des sinus béans, et si l'orifice utérin n'est pas libre, ce fluide s'épanche dans la cavité du viscère, le distend énormément, et devient ainsi une source d'accidens nouveaux, de syncopes, de spasmes, et même de la mort (1).

Avant l'accouchement, au contraire, on voit quelquefois à la rigidité succéder la rupture, ou bien une disposition aux phlegmasies de l'utérus et du péritoine, ou se préparer des escarres gangréneuses, source de fistules incurables. Ajoutez à cela que la rigidité peut, après l'accouchement, se changer en torpeur, et donner lieu aux accidens dont je parlais au paragraphe précédent; et que, dans tous les

(1) Il a été question ailleurs de l'inertie partielle après l'accouchement. (*Voyez* 6e Mémoire, article IV, tome II, pag. 381.)

cas, elle a ceci de fâcheux qu'elle rend difficiles et dangereuses les manœuvres de l'accoucheur.

Tel est le pronostic de l'inertie par rapport à la mère. Quant à l'enfant, il est alors exposé (surtout dans le cas de rigidité) à tous les inconvéniens d'un long séjour au milieu du trouble de la circulation, c'est-à-dire, à l'asphyxie apoplectique et à la mort, ou du moins aux thrombus et aux autres effets de la compression. Ces lésions (tumeur épicrânienne) peuvent donc aussi servir à éclairer encore le diagnostic, et à faire distinguer la torpeur de la rigidité.

L'inertie, quoique si facile à connaître, a néanmoins donné lieu à de fréquentes erreurs. Sans doute, et nous l'avons dit, tout obstacle provenant de la mère ou du fœtus (*voyez* le tableau ci-dessus) doit amener l'épuisement de la contractilité utérine; mais la torpeur et même l'épuisement peuvent exister avec la position la plus favorable et les passages les mieux conformés (*voy.* § II). Dans ces cas, ne sachant à quoi attribuer le retard du travail, au lieu de remonter à la source, on a supposé des différences de dimensions ou de rapports entre le fœtus et les passages, différences presque toujours chimériques. C'est de là que viennent les nombreuses observations, 1°. d'enclavement que je n'ai jamais vu; 2°. de têtes trop grosses pour un bassin bien conformé, cas des plus rares, si jamais il arrive; 3°. de vices de conformation, d'hydrocéphales externes ou internes, d'ascites, d'hydrotho-

rax, dont la rareté bien constatée aujourd'hui prouve qu'on nous a souvent donné sous ce titre des exemples de fœtus infiltrés à un degré plus ou moins considérable par l'effet de la putréfaction.

§ IV. *Indications.* La première de toutes est assurément de prévenir l'inertie en conduisant convenablement le travail, et ceci a trait particulièrement à celle qui suit l'accouchement. Nous en avons parlé au sujet des hémorrhagies; nous avons dit que cette inertie se reproduisait souvent à diverses reprises ; et nous avons traité des moyens d'y remédier et d'en arrêter les effets funestes. Il suffit de remonter aux causes pour comprendre quels sont ces moyens préservatifs, et de réfléchir sur le pronostic que nous avons exposé, pour sentir qu'il est souvent nécessaire de suppléer à la nature défaillante et d'appliquer les procédés de l'art à ces cas irréguliers. Ainsi, l'on conçoit que la rupture des membranes ou l'extraction du placenta, des caillots, etc., peut faire cesser l'inertie qui dépend de la distension de la matrice ou bien de l'écoulement lent des eaux par une ouverture éloignée de l'orifice utérin. (*Voy.* tom. 1er, pag. 35.) On sent également que la dilatation de l'orifice permettra à l'enfant de céder aux efforts de l'utérus si cet orifice avait résisté jusque là. C'est sans doute en favorisant cette dilatation que la saignée et les bains agissent : c'est peut-être plutôt encore en favorisant la condensation des tissus, si favorable à la

contractilité musculaire ; c'est en faisant cesser l'état fébrile, et remédiant ainsi aux effets de la fatigue qui épuise les muscles et surexcite en même temps le système circulatoire (*voyez* le 6e Mémoire, article 1er); mais il serait difficile de dire si c'est de la même manière ou bien en stimulant l'utérus que les bains de vapeurs activent le travail : il est certain du moins que je m'en suis plusieurs fois servie avec la plus manifeste utilité. Il n'en a pas été de même des autres moyens que recommandent les auteurs : des frictions sur l'abdomen, des pressions légères sur le bord de l'orifice utérin ou sur le bord antérieur du périnée, m'ont toujours paru augmenter les douleurs existantes, appeler même les douleurs imminentes, mais non réveiller un utérus en stupeur complète ou fatigué par de longues douleurs. (*Voy.* t. 1er, pag. 52; et Voigtel, *Semiol, obst.*, p. 15, note *p.*) Les lavemens et les diverses boissons recommandées en pareil cas m'ont semblé sans autre utilité que celle de paraître s'occuper de la femme, et de permettre ainsi d'attendre le retour des douleurs. Un repos complet, quand il est sans inconvénient (voy. *Pronostic*), est en effet le meilleur moyen de réveiller avec fruit les douleurs suspendues par la fatigue du travail; et le froid ou l'introduction de la main sont les plus sûrs procédés pour resserrer l'utérus après l'accouchement. On a vanté le seigle ergoté : je l'ai essayé et j'atteste qu'il a été entre mes mains sans aucune efficacité, quoi-

que je l'aie employé en substance et à forte dose : c'est donc un moyen au moins inutile et toujours suspect, s'il est vrai qu'on doive attribuer à cette substance les épidémies qui ont régné dans certaines contrées pendant des saisons pluvieuses. On trouvera à la suite de ce Mémoire le résultat de mes expériences exposé d'après des notes exactes et prises par moi-même à la salle des accouchemens de l'hospice que je dirige.

ARTICLE II.

Obstacles mécaniques formés par le col de l'utérus.

Si je voulais entrer dans un examen détaillé de chacun de ces obstacles, non-seulement j'exposerais le lecteur à l'ennui d'une foule de minuties inutiles, mais encore je retomberais nécessairement dans des redites fastidieuses. Ainsi les grossesses extra-utérines peuvent être regardées comme le premier genre de ces obstacles ; il en a été question ailleurs, et je ne m'y arrêterai pas davantage. Il en est de même de la résistance que peuvent offrir les membranes de l'œuf dans quelques circonstances assez rares. (*Voy.* tom. 1er, pag. 36.) Contentons-nous ici de quelques considérations, 1°. sur les obstacles dépendans du col de l'utérus, et 2°. sur ceux qui siégent dans le vagin ou les organes génitaux externes : ces derniers feront l'objet du troisième article de ce Mémoire.

§ Ier. *Division ; Causes.* L'orifice de l'utérus ou le col de cet organe oppose souvent au fœtus une ré-

sistance plus ou moins difficile à vaincre, un obstacle qu'il ne pourrait franchir sans les secours de l'art.

A. Une simple déviation de l'orifice suffit quelquefois à cet effet. On sait que, dans l'état le plus naturel, la matrice étant inclinée en avant porte nécessairement son orifice en arrière ; cette inclinaison devient morbide dès qu'elle outre-passe la direction de l'axe du détroit supérieur : ainsi outrée, elle est morbide dans l'état de vacuité, parce que l'utérus presse alors sur la vessie et tiraille le vagin ; elle l'est dans l'état de couches, non-seulement parce qu'elle change la direction des efforts utérins, comme l'ont dit la plupart des accoucheurs, mais bien plutôt encore parce qu'elle incline le fœtus : car c'est de l'inclinaison seule de ce dernier que peut naître un changement dans la direction des efforts de la matrice et des muscles abdominaux (1). Nous avons déjà ailleurs indiqué (tom. 1er, p. 374) cette distinction entre l'obliquité de la matrice et celle de l'enfant, distinction reconnue par divers auteurs. (*Voy*. Boehmer, *Comment. sit. ut. grav.*, etc., § 29 ; et Hennemann, *de Ut. obl. et Posit. fœt. obliq.*, § 32). Puisque l'obliquité de la matrice n'oppose des difficultés à l'accouchement qu'en inclinant le fœtus (2), elle ne doit point entrer

(1) Tak donne pour conditions d'un accouchement facile : « *ut infanti eadem quæ utero, utero eadem quæ pelvi sit directio ; vel, si ita mavis, ut infanti et utero et pelvi una et eadem sit axis.* » (*Specimen obst.*, pag 10).

(2) Madame Lachapelle ; non plus que Baudelocque et

parmi les obstacles dont nous nous occupons maintenant, si ce n'est aussi comme cause de la dé-

---

la plupart des modernes, n'admettait point l'obliquité postérieure ; et cette obliquité est généralement aujourd'hui réputée impossible, malgré ce qu'en ont dit Moschion (*Harm. Gynæc.*, p. 24), Deventer (p. 295), et plus récemment Ianh (*apud* Schlegel ; *Sylloge Dissert.*, tom. I, p. 280), Hennemann (*ibid.*, t. II, p. 134). Je suis persuadé que c'est à l'obliquité en question qu'il faut rapporter cette élévation de la tête au-dessus du détroit supérieur, ou mieux au-dessus des pubis, que l'on ne sait comment expliquer. (*Voy.* t. Ier, p. 35, 36, 185, 320, etc.) Il est certain qu'en pareil cas il y a obliquité postérieure du fœtus, sinon obliquité utérine. L'élévation du ventre, considérée comme un mauvais signe par madame Lachapelle, tient uniquement à cette disposition du fœtus. (*Ibid.*, pag. 34.) Dans un cas de ce genre rapporté par Paisley (*Essais d'Edimb.*, t. IV, p. 561), la sage-femme ne put sentir la tête de l'enfant après l'écoulement des eaux. Cette tête ne descendit pas ; la femme mourut d'épuisement ; et à l'ouverture du cadavre, on trouva « l'os frontal et le pariétal du côté droit appliqués contre les os pubis... qui y avaient fait une impression... qui occupait l'étendue d'environ un ou deux pouces » (Pag. 567). En pareil cas j'ai plusieurs fois réussi à faire plonger la tête dans l'excavation pelvienne en faisant marcher la femme, ou en la faisant tenir debout, ou même en déprimant l'hypogastre et rompant aussitôt les membranes : peut-être réussirait-on mieux encore en plaçant la femme sur les genoux et les coudes, suivant le conseil de Iahn (*l. c.*). Aux observations destinées à confirmer les assertions contenues dans ce Mémoire, auquel elles font suite, j'en joindrai quelques-unes (nos 2 et 12) à l'appui de l'opinion que j'avance dans

viation de l'orifice utérin (1). Cette déviation cependant ne reconnaît pas toujours pour cause

---

cette note; je les désigne par le titre de *positions sus-pubiennes*. On y verra que le principal signe de ces positions, c'est l'élévation de la tête, sa situation en devant, et le vide qu'elle laisse en arrière. (*Voyez* DEVENTER, pag. 296.) (*Note de l'Éditeur.*)

(1) Quant à la cause de l'obliquité utérine, on ne peut nier que le relâchement des parois abdominales n'y soit pour beaucoup, puisqu'elle est toujours bien plus considérable dans une deuxième grossesse que dans une première. L'obliquité latérale ne peut être attribuée, comme l'a fait Levret, à l'insertion du placenta; Boër (pag. 92) l'a prouvé par de nombreuses observations; et Ianh (*l. c.*, pag. 264) remarque avec raison que le voisinage du placenta devrait favoriser l'ampliation des parois du viscère en y activant la nutrition. M. Chaussier attribue l'inclinaison à la prépondérance d'un des cordons suspubiens, et, au contraire, Hennemann la rapporte au relâchement d'un de ces organes. Il est certain qu'on trouve toujours le cordon du côté de l'obliquité plus court et plus épais que l'autre, même après l'accouchement; mais est-ce la cause ou l'effet de l'obliquité? Je ne sais d'ailleurs si cette théorie rendrait bien raison de la fréquence des obliquités droites (cent pour une gauche, Baudelocque). Il est vrai que ni celle de Solayrès (position du mésentère) ni toute autre semblable (situation du rectum) n'en rendent une raison satisfaisante. On a voulu encore expliquer cette disposition par la prépondérance d'activité du côté droit sur le gauche: cette prépondérance devrait, ce semble, chasser l'utérus à gauche. De toutes ces théories, la plus simple et peut-être la plus valable, c'est celle de l'influence du décubitus latéral. On ne peut nier du moins que l'utérus

l'inclinaison du fond de la matrice du côté opposé. J'ai quelquefois vu, ainsi que Baudelocque, l'orifice dévié malgré la rectitude de la matrice; j'ai vu même l'un et l'autre inclinés du même côté, ce qui indiquait dans la jonction du corps et du col une sorte d'inflexion ou de courbure. Ces cas ne m'ont point paru cependant être les plus ordinaires, comme Boër l'affirme et cherche à le prouver par plusieurs exemples. D'après lui (p. 85 et suiv.), cinq fois sur six la déviation de l'orifice serait due à cette courbure. Quoi qu'il en soit, il est certain que cette déviation est quelquefois cause d'accidens dont nous ferons mention dans le paragraphe suivant.

B. Nous avons vu quelquefois sans déviation ce même orifice externe ou vaginal, en quelque sorte obturé par des mucosités gélatineuses et épaisses, se dissimuler aux recherches de l'accoucheur, de telle sorte que le vagin semblait terminé par un cul-de-sac sans ouverture; nous l'avons vu alors assez fortement agglutiné pour ne s'ouvrir et ne se dilater qu'après de vives et longues douleurs, et après un amincissement excessif des parois environnantes (1), de telle sorte qu'au premier abord on eût pu croire que les membranes de l'œuf séparaient seules du doigt de l'accoucheur la tête du

---

ne s'incline momentanément du côté où la femme se couche.

(1) *Voyez*-en un exemple dans Portal, p. 305, et deux autres dans Voigtel, *Op. cit.*, p. 60, note *y*.

fœtus. Dans d'autres circonstances, c'est l'orifice interne ou cervico-utérin qui offre cette résistance : c'est ce qu'on voit particulièrement dans les accouchemens prématurés. Ce même orifice, ainsi que le précédent, paraît aussi quelquefois se contracter spasmodiquement même après avoir été dilaté. (*Voyez* tom. 1er, pag. 99.) Je dois faire remarquer cependant que fort souvent, après avoir fait la version du fœtus et extrait la totalité du tronc, on attribue mal-à-propos la difficulté qu'on éprouve à extraire la tête à cette constriction spasmodique de l'orifice interne sur le col de l'enfant. Fort souvent la résistance vient de la direction antéro-postérieure de la tête, et de la présentation de son grand diamètre au plus petit diamètre du détroit supérieur. Le resserrement du même orifice sur le col de l'enfant, après que la tête a pénétré dans l'excavation, me paraît encore plus illusoire, et je crois qu'il en est de même de l'enclavement des épaules : si, dans ces circonstances, la tête a paru souvent s'arrêter, c'est *presque toujours* l'inertie de l'utérus qui en était cause ; si le forceps éprouvait une grande résistance, c'est qu'il était mal appliqué.

J'ai quelquefois trouvé entre les deux orifices un rétrécissement circulaire formant comme une troisième ouverture au milieu du col ; d'autres fois une bride, une sorte de pli semblait doubler l'orifice externe. Il est bien plus ordinaire de voir cet orifice conserver une épaisseur et

une dureté assez considérables, et résister ainsi aux contractions utérines, soit que cet effet soit dû à une sorte de spasme, soit qu'on doive le regarder comme une disposition organique particulière. Cet état, que je nomme *rigidité*, me paraît résulter d'une disposition analogue à celle du deuxième genre d'inertie utérine dont j'ai parlé plus haut (1).

S'il est douteux, dans ces circonstances, qu'on doive accuser un vice d'organisation, il ne l'est point dans certaines autres, heureusement beaucoup plus rares, où les bords de l'orifice, ou même les parois du col, sont le siége d'une dégénérescence fibreuse ou squirrheuse (2). La première de ces dispositions a été assez souvent observée. (*Voyez* un Mémoire de M. Béclard, *Bulletins Fac. méd.*, 1820, n° 5; et Voigtel, p. 59, note *g*.) On a rapporté, de la deuxième, des observations moins nombreuses, et nous supplérons à cette omission. Ces tumeurs sont quelquefois aussi développées dans le corps de l'utérus; mais alors elles provoquent ordinairement l'avortement ou la rupture de l'utérus.

L'orifice externe de la matrice peut encore être

---

(1) Dans des cas, très-rares il est vrai, cette rigidité est partielle, de sorte que l'orifice se dilate beaucoup plus d'un côté que de l'autre. (*Voy.* 4e Mémoire, *obs.* 10.)

(2) On trouve, dans les *Ann. de litt. méd. étr.*, un exemple de polype utérin coexistant avec la grossesse. La femme mourut en travail. (Tom. II, pag. 294.)

rétréci ou même tout-à-fait obstrué par des brides et des cicatrices provenant d'un accouchement antécédent. Nous avons vu souvent ces rétrécissemens, j'en ai même rapporté un exemple. Quant à l'obstruction complète, on sent bien qu'elle ne peut s'être achevée qu'après la conception : aussi est-elle excessivement rare. Amand (p. 65), Simson (*Essais d'Édimbourg*, t. III, p. 379) et M. Latour (*voyez* ci-dessus, p. 102), sont les seuls, à ma connaissance, qui en rapportent des exemples bien constatés : encore Littre avait-il trouvé, chez le sujet observé par Amand, un pertuis pouvant admettre une soie de cochon; et la femme dont Simson a parlé avait-elle évacué les eaux de l'amnios par une ouverture quelconque. Ruysch (*Thes. anat.* 6, n° 85) et Morgagni citent bien des faits semblables, et j'ai vu moi-même un utérus dont l'orifice externe était réduit au diamètre d'un fil à coudre, et un autre dont l'orifice interne était complètement oblitéré; mais il n'y avait point grossesse comme dans ceux que j'ai cités plus haut. Quant à l'observation de Weis, dont il sera question plus loin, elle ne peut être considérée que comme un exemple de rigidité sans obstruction complète. Il en est de même d'un autre fait que cet auteur cite d'après Muralt.

§ II. *Diagnostic* et *Pronostic*. Quelle que soit l'obliquité ou la déviation de l'orifice, il est rare qu'un ou deux doigts ne puissent point arriver au moins jusqu'à l'un de ses bords, et en reconnaître

ainsi la situation : d'ailleurs, quoi qu'en dise Boër, je crois que l'inclinaison du corps de l'organe pourra toujours faire soupçonner celle du col en sens opposé, et aider ainsi au diagnostic. Si, à cette déviation, il ne se joint aucune autre des dispositions ci-dessus énumérées, il est rare que la nature seule ne vienne pas à bout d'opérer la réduction et la dilatation de l'orifice : l'auteur que je viens de citer en rapporte (p. 96 et suiv.) des exemples remarquables, et tels que j'en ai eu fréquemment aussi sous les yeux. Cependant vous trouverez dans Baudelocque (t. Ier, p. 166), dans Slevogt (*voyez* Morgagni, *de Sed. et Caus.*, *Ep.* xlv, art. 3) et plusieurs autres, des exemples contraires : la matrice, distendue dans sa partie inférieure, s'est dilatée énormément, s'est approchée de la vulve, et quelquefois s'est déchirée ou gangrenée, ou bien elle s'est rompue dans son corps sans que l'enfant ait pu se faire jour au dehors. (Weis, *in Thes. Sand*, t. ii, p. 77.) Je doute que dans ces cas graves il n'y ait pas eu quelque chose de plus qu'une simple déviation.

L'obturation muqueuse dont nous avons parlé a trompé, dans les cas qui nous ont été soumis, plusieurs personnes ; et ce n'est qu'après des recherches attentives qu'un léger enfoncement nous a servi d'indice ; le doigt a pu facilement alors diviser les mucosités, séparer les lèvres de l'orifice, et la dilatation s'est rapidement opérée ensuite ; une autre fois la nature seule a tout fait.

La rigidité de ce même orifice externe et son épaisseur sont ordinairement assez aisément appréciées par le doigt, ainsi que les autres dispositions dont nous avons parlé. Le resserrement de l'orifice interne sur le cou de l'enfant est fort difficile à constater, à cause de la présence, dans le vagin, de la portion du fœtus qui a déjà franchi cette ouverture : cependant, je l'ai constaté plusieurs fois; mais cette difficulté même est encore une raison qui a dû empêcher de reconnaître l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui ont attribué à cette disposition les effets de l'inertie, ou d'un vice du bassin, d'une position défavorable, etc. Ce resserrement, quand il existe, cesse ordinairement par intervalles puisqu'il est spasmodique, et l'on finit toujours par le vaincre avec un peu de patience. Quant à la rigidité de l'orifice externe, elle est quelquefois telle qu'une fissure naturelle peut seule la faire cesser; on sait même que ces fissures s'opèrent dans presque tous les premiers accouchemens, surtout vers l'une des commissures des lèvres de l'orifice, et principalement vers la gauche. Ces fissures sont inévitables quand l'orifice est squirrheux (1); elles ne le sont pas toujours quand il n'est rétréci que par des cicatrices; ces cicatrices peuvent s'étendre, comme

(1) On a vu, dit-on, le col se rompre au-dessus du squirrhe, le rectum participer à la rupture, et l'accouchement s'opérer par l'anus. La femme a guéri. (*Archives de méd.*, décembre 1823.)

la rigidité peut se dissiper et faire place au ramollissement convenable.

Pour les tumeurs fibreuses ou autres, elles s'aplatissent parfois assez pour permettre l'accouchement; d'autres fois elles le rendent impossible par la voie ordinaire. Ces tumeurs pourraient être prises, par un observateur inattentif, pour la tête d'un enfant jumeau, et ce n'est quelquefois qu'avec beaucoup de peine qu'on les en distingue. Parfois, elles sont en partie appréciables par des recherches soigneuses vers les régions hypogastriques ou iliaques.

Avant de terminer ce paragraphe, je rappellerai une remarque que j'ai déjà faite : c'est qu'un orifice bien ouvert s'épaissit et se rétrécit bientôt si, après la rupture des membranes, aucune partie ne soutient la dilatation. Il est alors toujours bien plus souple et plus dilatable, et n'empêche point, comme l'orifice rigide, l'introduction de la main dans l'utérus. Cette dilatabilité le fera aisément reconnaître; et, d'ailleurs, il est encore un autre symptôme qui pourra servir d'indice : ce symptôme est ce qu'on appelle généralement *douleurs de reins*, douleurs qui m'ont toujours paru annoncer la rigidité de l'orifice externe, soit qu'il éprouve alors une sorte de crampe, soit que, soutenant par sa rigidité l'effort des contractions utérines, il souffre davantage que quand il est ramolli. Ces douleurs lombaires dépendent sans doute de l'orifice, à raison des nerfs qui lui viennent plutôt des plexus lombaires et hypogastriques que des plexus ovariques du

nerf trisplanchnique qui fournit aux ovaires et au fond de l'utérus.

§ III. *Indications.* Rien de plus simple et de plus naturel que le conseil généralement donné de rectifier l'obliquité de la matrice par une situation convenable. Cette situation, cependant, réussira fort rarement, je le dis par expérience, à ramener au centre du bassin un orifice dévié; mais elle aura l'avantage de donner au fœtus la direction convenable à son expulsion, et cela fait, la réduction de l'orifice ne tardera pas à s'ensuivre naturellement ainsi que nous l'avons dit, et par un mécanisme que le simple bon sens suffit pour faire apercevoir. En effet, s'il est naturel qu'un corps pressé dans une cavité s'échappe par le point le moins résistant, il ne l'est pas moins qu'une enveloppe mobile pressée par un corps dur rapproche sa partie ouverte, et par conséquent la moins résistante, du point où le corps dur fait effort pour sortir; il n'y a là qu'un effet mécanique, qu'un effet de glissement et de plan incliné.

La nature fera donc ici beaucoup plus qu'on ne pourrait faire en allant accrocher l'orifice, et en le fixant au centre du bassin, comme Baudelocque assure l'avoir fait avec avantage; je l'ai souvent tenté sans succès, de même que Boër, et j'ai vu, dans les progrès du travail, se rapprocher du centre un orifice que j'avais vainement tiraillé avant que la tête pressât fortement en bas. Peut-être cependant réussirait-on mieux dans le

cas où le col distendu serait poussé jusqu'à la vulve : on devrait toujours l'essayer avant d'en venir à l'incision de cette partie du col, opération qui deviendrait la seule ressource de l'accoucheur si la première était sans succès. On en trouve un exemple dans les *Annales de litt. méd. étr.* (t. II, p. 482). Les suites de cette opération, pratiquée par le docteur Cathral, furent des plus heureuses, et l'on put par la suite sentir la cicatrice de son incision au-devant de l'orifice utérin.

Le spasme de l'orifice interne ne demande que du temps, avons-nous dit ; mais si le temps presse, si déjà cette ouverture a été dilatée, on peut essayer de porter la main jusqu'au siége de la constriction, de la dilater de nouveau, et de dissiper ainsi l'obstacle qu'elle met à la terminaison de l'accouchement. Mais c'est en vain qu'on chercherait à l'élargir dans le cas d'accouchement prématuré : nous avons déjà donné à ce procédé notre improbation. La patience est alors nécessaire ; les fumigations, les injections, les bains, la saignée (1) peuvent seuls être de quelqu'utilité ; mais il faut s'abstenir de tout effort mécanique. Ceci s'applique entièrement à la rigidité de l'orifice externe, et je ne puis approuver les incisions proposées en pareil

(1) Elle agit ici comme dans le cas d'inertie avec rigidité (art. précédent). *Voyez* un exemple bien marqué de cette manière d'agir dans Ramsbotham, obs. 54. Il y avait fièvre, céphalalgie, etc.

cas. (SMELLIE, tom. III; SIMON, *Mém. Ac. Chir.*, tom. II, pag. 319; WEIS, *Hist. Part. imped.*, *in thes. Sand.*, tom. II, pag. 80.) Le temps et la patience sont plus efficaces et moins dangereux. L'opium, proposé en lavement par Asdrubali, donné à l'intérieur par d'autres, dans le but de faire cesser la constriction spasmodique de l'orifice, peut avoir de bons effets; mais je ne me suis jamais vue dans la nécessité d'employer ce moyen, que j'ai peut-être trop négligé, mais sur lequel je n'ai pu vaincre mes craintes. Je ne puis que porter le même jugement sur la pommade d'extrait de *belladona* (1) recommandée par le professeur Chaussier : moins dangereuse sans doute, est-elle plus efficace? c'est à l'expérience à en décider

Peut-être certaines cicatrices, certaines squirrhosités, rendant toute dilatation impossible, forceraient-elles à pratiquer l'incision (2). Deux fois au plus nous avons été réduits à cette extrémité.

---

(1) Extrait de *belladona* ʒ ij, cérat ℥ j. Madame Legrand, aujourd'hui sage-femme en chef, en a obtenu quelques succès.

(2) Peut-être, en pareille conjoncture, devrait-on profiter de la circonstance pour extirper les portions squirrheuses. Je crois que, dans la majeure partie des cas, on aurait beaucoup plus de facilité que jamais à pratiquer cette opération, soit pendant le travail, soit immédiatement après l'accouchement. Le vagin est alors très-extensible, le col aminci, ramolli, les noyaux squirrheux plus mobiles et quelquefois comme flottans, souvent (après l'accouchement) déjà sé-

Dans presque tous les cas que j'ai vus, la dilatation s'est opérée jusqu'à un certain degré, et une fissure spontanée a fait le reste : sans doute cette fissure aurait été plus profonde et plus dangereuse si une incision lui eût donné naissance; car on ne peut se flatter d'obtenir par incision un passage assez libre pour que le déchirement ne prolonge point beaucoup plus loin l'entamure, et ne la pousse peut-être jusqu'au corps de la matrice. Il est inutile de dire que, dans tous ces cas difficiles, l'art doit encore aider la nature, soit en amenant les pieds du fœtus, soit en saisissant la tête avec le forceps : les circonstances peuvent seules dicter au praticien la conduite qu'il doit tenir.

Les tumeurs fibreuses ou cancéreuses sont quelquefois assez considérables pour fermer tout-à-fait la voie naturelle : il faut bien alors en venir à l'opération césarienne, sur laquelle nous donnerons plus de détails dans le Mémoire suivant.

---

parés de l'utérus par deux côtés (double fissure). On serait plus sûr de ne rien entamer au-delà des lèvres du col utérin, qui jamais ne jouissent d'une extensibilité pareille à celle qu'elles acquièrent pendant l'accouchement. L'hémorrhagie serait peut-être plus à craindre, à cause de la facilité qu'alors a l'utérus à se laisser distendre; mais je doute qu'elle soit bien considérable dans les circonstances ordinaires, et quelques styptiques l'auraient probablement bientôt arrêtée. Les fissures du col ne fournissent que très-rarement une hémorrhagie notable.

(*Note de l'Éditeur.*)

ARTICLE III.

Obstacles dus au vagin et aux parties externes.

On peut dire du vagin une partie de ce qui vient d'être dit de l'orifice de l'utérus. En effet, des tumeurs fibreuses, hydatiques, polypeuses, squirrheuses et même syphilitiques (1), développées, soit dans les parois mêmes du canal, soit au voisinage, peuvent en obstruer la cavité (VOIGTEL, *Sem. obstr.*, pag. 56, note *l*); de même des brides ou cicatrices (2) peuvent le fermer en partie. J'ai vu plusieurs fois des cloisons imparfaites, des sortes de valvules fort larges situées à diverses hauteurs et vers différentes régions : on sait que l'hymen persiste quelquefois malgré la copulation. (BOEHMER, *de Nat. Fœm. clausis, in syll. Schleg.*, t. 1, p. 250 et 251; BAUDELOCQUE, t. 1, p. 186.) J'ai vu également des adhérences brider la vulve par le milieu et en faire deux ouvertures distinctes. La vulve même est

(1) Pendant la grossesse, le vagin se garnit souvent d'une foule d'excroissances dures, serrées, boutonneuses, accompagnées parfois de démangeaisons et d'un flux blanc : ces excroissances ne sont pas syphilitiques; celles qui ont ce caractère occupent rarement ainsi la profondeur des organes génitaux. Quant à celles-ci, elles se dissipent spontanément après l'accouchement. MM. Cullerier ont eu, ainsi que moi, de fréquentes occasions de s'assurer de cette vérité.

(2) VIARDEL, pag. 80; MAURICEAU, *obs.* 427.

quelquefois naturellement fort étroite et peu extensible (*voy.* p. 209), et nous l'avons trouvée rétrécie par des cicatrices artificielles (1) chez deux négresses dont l'une a déjà été mentionnée dans le premier volume. J'ai rencontré une fois une cystocèle vaginale qu'il a fallu soutenir pendant l'accouchement; une autre fois, j'ai senti un calcul urinaire dans la vessie; mais son peu de volume n'a heureusement pas arrêté la tête du fœtus. Enfin, les thrombus dont nous avons parlé sont quelquefois assez considérables pour entraver la marche de l'accouchement (Voigtel, p. 56).

On sent qu'il est difficile de rien établir de général sur des faits aussi divers. L'étendue, la consistance de ces obstacles font varier les indications; il en est qu'une simple incision détruit, comme nous l'avons vu pour l'hymen et pour ces brides qui rétrécissent la vulve (tome 1er, p. 204); mais souvent la nature *seule* ou *aidée* par l'art (version, forceps) déchire ou dilate assez les brides et les valvules, ou comprime assez les tumeurs (2) pour qu'on puisse se dispenser de couper les premières,

---

(1) Dans un cas semblable, et qui nécessita aussi une incision, les cicatrices étaient dues à une ancienne brûlure. (Champenois, *Bibl. méd.*, tom. XXXIII, pag. 219.) *Voy.* des exemples analogues dans Saviard, pag. 10 et 149; Amand, p. 44, 48, 364; Voigtel, p. 56; Ramsbotham, *obs.* 65 et 72.

(2) *Protracted labour produced by a tumour between the rectum and vagina.* Ramsbotham, *obs.* 62. Il fallut cependant perforer le crâne. Il en fut de même d'une autre

d'ouvrir ou d'emporter les deuxièmes. Ce n'est que dans des cas fort rares qu'on se voit forcé de recourir à la crâniotomie ou à l'opération césarienne (1). Nous donnerons plus loin quelques exemples de ces faits variés. On y verra que ces tumeurs (2) obstruant le vagin par leur voisinage, dépendent souvent de l'ovaire (3) tuméfié et descendu dans le bassin. (*Voy.* BAUDELOCQUE, tom. II, p. 270; VOIGTEL, p. 61, note *c;* M. MOREAU, *Bulletin Fac. méd.,* 1820, n°. 5. *Voy.* aussi la *Revue méd.,*

---

tumeur du vagin dont le siége fut moins exactement déterminé. (*Obs.* 61.)

(1) M Béclard conseille de repousser ces tumeurs au-dessus du détroit supérieur quand elles sont mobiles. Ce conseil est très-rationnel, mais je doute qu'il soit d'une exécution facile.

(2) Le diagnostic de ces tumeurs est si variable qu'on ne peut en parler d'une manière bien générale : le seul caractère qu'on puisse donner pour tous les cas analogues, est celui qui sert à les distinguer de ceux où une tumeur descend de l'utérus même dans le vagin. Dans ce dernier cas, le doigt de l'accoucheur peut suivre et circonscrire de toutes parts jusqu'à l'utérus la surface de la tumeur ; dans le premier, il est arrêté par un repli du vagin, par une sorte de cul-de-sac souvent voisin de la vulve. Ce repli ne se fait sentir que vers le point d'adhérence de la tumeur : l'autre surface est libre.

(3) Une tumeur osseuse et mobile, après avoir forcé de pratiquer la crâniotomie pour l'extraction d'un fœtus à terme, se présenta hors de l'anus, recouverte par les parois du rectum ; elle fut enlevée par incision : c'était une

avril 1822.) C'en est assez sur ce sujet; passons aux faits particuliers.

---

boîte osseuse et cartilagineuse de quatorze pouces de circonférence. La femme mourut, et l'on reconnut que cette tumeur avait eu son siége dans l'ovaire droit. (KLUISKENS, *Ann. litt. méd. étr.*, tom. II, pag. 336.)

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au dixième Mémoire.

N° Ier.

Expériences sur l'emploi du seigle ergoté contre l'inertie utérine.

J'ai annoncé une exposition précise mais circonstanciée des effets observés dans le travail de l'accouchement après l'administration du seigle ergoté ; je vais tenir ma promesse, et l'on verra que je ne me suis point trop avancée en donnant comme résultat général l'inefficacité de ce médicament. Ce moyen, dont l'emploi paraît être une pratique vulgaire dans certaines contrées d'Allemagne et même de France, a été d'abord préconisé en Amérique par Stearns, puis par Olivier Prescot (*thèse*, New-York, 1814); en Allemagne, par Henrischen (1817, *Bibl. méd.*, tom. LXII, pag. 263), et en France, par le docteur Desgranges de Lyon. M. Cliet, de la même ville, l'a employé une fois sans succès (*Observ. méd.-chir.*, pag. 150) contre une inertie due à la présence d'enfans jumeaux; la rupture des membranes réveilla seule des douleurs efficaces. On a même,

non sans raison, élevé des doutes sur l'innocuité de ce médicament; et il faut convenir que le préjugé général, ainsi que les expériences et les faits rapportés dans plusieurs Mémoires de la Société royale de Médecine, doivent inspirer quelque crainte. L'opinion du docteur Hufeland et de quelques autres ne peut qu'atténuer, jusqu'à un certain point, la défiance que doit inspirer cette substance si généralement crue vénéneuse; mais elle ne suffit pas pour détruire toutes les préventions. Il faut avouer cependant qu'à doses modérées, l'ergot du seigle n'a jamais paru véritablement nuisible. Le docteur Prescot l'a employé en décoction à la dose d'un gros. On l'a aussi administré en substance à la dose de 30 à 40 grains. (Bordot, *thèse*, 1818.) On verra plus bas que si nos tentatives n'ont pas eu de succès, on ne peut s'en prendre à notre timidité dans l'administration du remède. D'après le conseil de M. Chaussier, qui m'avait proposé ces expériences, j'ai donné l'ergot tantôt en décoction, tantôt en infusion dans laquelle on laissait la poudre médicamenteuse, que l'on faisait avaler avec le liquide.

I. La nommée Cherv..., parvenue à la révolution du neuvième mois de sa première grossesse, commença à ressentir les douleurs de l'enfantement le 4 décembre 1817, à onze heures du soir. Le bassin était bien conformé; l'enfant présentait le sommet de la tête au-dessus du détroit abdominal. Le 5 décembre, à dix heures et demie du matin, la

dilatation de l'orifice utérin était très-grande ; les membranes s'ouvrirent ; la tête descendit dans l'excavation pelvienne ; à midi, elle avait franchi l'orifice. A deux heures et demie, cessation des douleurs ; la tête ne fait plus aucun progrès. 30 grains d'ergot réduit en poudre grossière, ayant été bouillis dans 4 onces d'eau, furent administrés sur-le-champ. Les douleurs se réveillèrent peu après, et l'enfant fut expulsé à trois heures moins quelques minutes. Le retour de l'énergie utérine fut-il naturel et spontané, ou bien provoqué par le médicament ? C'est ce que d'autres observations vont nous apprendre.

II. L. Lam....., enceinte pour la première fois et à terme, commença à souffrir le 14 octobre 1817 au soir. Le 15, à trois heures après midi, douleurs faibles, dilatation médiocre ; tout, du reste, est bien disposé. Quatre onces d'eau, dans laquelle avait bouilli 1 gros d'ergot, furent données à cette femme en deux ou trois fois ; elle les prit sans répugnance, et il n'en résulta aucun accident ; mais les douleurs ne devinrent pas plus puissantes, et l'accouchement ne se termina qu'à six heures du soir.

III. Amélie B., enceinte de son premier enfant, souffrait depuis cinq heures après midi du 17 décembre 1817. Le vertex s'offrait en deuxième position ; douleurs faibles, *membranes rompues prématurément*. Le 18, vers quatre heures du soir, douleurs plus fortes ; la dilatation s'opère, la tête franchit

l'orifice. Bientôt le travail s'arrête, les douleurs s'affaiblissent. A huit heures du soir, même état. Un gros d'ergot en décoction est administré : nul changement. Une heure après, nouvelle administration d'une même quantité, sans effet plus marqué. A dix heures, il fallut appliquer le forceps.

IV. N. V. (date perdue), première grossesse ; neuvième mois ; travail lent ; tête du fœtus, en première position, parvenue peu à peu jusqu'à la vulve : alors suspension complète des douleurs. Décoction de seigle ergoté, 2 gros dans 8 onces d'eau donnée en deux fois à une heure de distance : nul progrès. Application du forceps deux heures après l'ingestion de la deuxième dose.

V. J. M., 24 janvier 1818, onze heures du matin ; orifice dilaté, membranes entières, tête en première position et assez basse, douleurs fortes. A midi, rupture des membranes ; la tête descend dans le vagin, après quoi les douleurs cessent. Un gros d'ergot en décoction n'ayant produit aucun changement, j'appliquai le forceps une heure après.

VI. C. D. ; première grossesse ; membranes rompues vers midi, le 18 février 1818 ; dilatation fort grande, douleurs fortes ; la tête descend ainsi jusqu'à la vulve : alors suspension des douleurs. Un gros d'ergot est administré comme dans les cas précédens, et, peu après, les douleurs se réveillent, et l'accouchement se termine. Ce cas ressemble fort au premier, et laisse les mêmes

doutes. Vingt-six autres expériences semblables ont, au contraire, montré l'impuissance de ce remède; mais toutes ont prouvé qu'aux doses mentionnées son emploi n'avait aucun danger. Voici encore quelques exemples.

VII. V. P.; première grossesse; tête au-dessus du détroit supérieur; membranes rompues prématurément, douleurs faibles : la tête descendit lentement dans l'excavation; là elle s'arrêta tout-à-fait. La décoction d'un gros de seigle ergoté ne réveilla point les douleurs, et il fallut en venir à l'application du forceps.

VIII. R. M.; première grossesse; travail simple; tout en bonne disposition; tête parvenue à la vulve : alors inertie complète. La même dose fut également inutile, et le forceps également nécessaire. Il en fut de même de six autres femmes traitées de la même manière et à-peu-près dans les mêmes circonstances.

Chez *quatorze* à *quinze* autres, l'ergot fut administré en poudre fine suspendue dans quelques onces d'eau chaude, où on la laissait infuser pendant dix minutes. Je donnai ainsi 10, 20, 30, 40, et même jusqu'à *soixante* grains de cette poudre sans obtenir des résultats plus satisfaisans. Tantôt l'accouchement se termina naturellement; mais après un temps considérable et jamais moindre de trois à quatre heures; tantôt, et plus souvent, il fallut que le forceps suppléât à la faiblesse de l'utérus.

N° II.

Inertie par surabondance de l'eau de l'amnios; position suspubienne; accouchement spontané; enfant mort.

La nommée Lav....., enceinte pour la sixième fois, souffrait depuis trente-six heures lorsqu'elle arriva à l'hospice. L'orifice utérin était épais, mais souple; il pouvait admettre l'extrémité du doigt; mais on ne pouvait atteindre aucune partie du fœtus. A midi, la dilatation fait des progrès; à trois heures et demie, les membranes se rompent spontanément quoique les douleurs soient faibles; à l'instant, *plusieurs pintes* d'une eau trouble, noirâtre mais sans odeur, s'échappent avec rapidité; l'écoulement continue ensuite avec lenteur. Malgré cette déplétion, les douleurs cessèrent, et la dilatation ne fit aucun progrès. A neuf heures du soir, la fièvre commençait à se développer : une saignée de deux palettes et un bain de siége en arrêtèrent la marche, et favorisèrent tellement les progrès du travail, qu'à dix heures l'orifice était ouvert de quinze lignes. A minuit, dilatation complète; la tête, jusque là fort élevée, s'engage dans l'excavation, offrant la première position du vertex; presqu'aussitôt elle exécute sa rotation horizontale et sort de la vulve : elle était peu volumineuse et sans tumeur. Les épaules se

sont dégagées avec peine, et cette difficulté a été attribuée à la grosseur de l'abdomen du fœtus, qui contenait une sérosité rougeâtre. L'enfant était, d'ailleurs, d'un petit volume et putréfié complètement.

Si je ne me trompe, c'était ici un cas d'obliquité postérieure; la tête du fœtus était placée au-dessus des pubis, et c'est autant à cette disposition qu'à l'extrême distension de la matrice que l'on doit attribuer les retards qui signalèrent le travail. Si l'abondance de l'eau eût été la seule cause de l'inertie, comme dans l'observation de la page 209 du tome 1er, elle eût cessé après la rupture des membranes : au contraire, nous voyons que les progrès du travail n'ont été rapides que quand enfin la tête a commencé à pénétrer dans l'excavation, que ce changement favorable s'est montré après les mouvemens imprimés à la malade, après la marche nécessaire pour entrer au bain et pour en sortir. J'avoue qu'on pourrait dire que je prends ici l'effet pour la cause; mais si la tête du fœtus avait été bien placée, assurément un flot d'eau si considérable l'aurait entraînée dans l'excavation, puisqu'elle était fort peu volumineuse; elle était donc retenue au détroit supérieur par une cause quelconque, et l'impossibilité de l'atteindre avec le doigt prouve qu'elle était au-dessus des pubis : sur le sacrum on eût pu la toucher; car le doigt pénètre bien plus avant dans la direction de

l'axe du détroit inférieur que dans celle du supérieur : dans ce dernier cas, il faut que le doigt se recourbe ou que la main soit portée fortement en arrière, ce qui fait perdre nécessairement beaucoup de la longueur de ce doigt.

Quant à la prétendue ascite de ce fœtus, c'était simplement un effet de transsudation cadavérique. La grosseur de l'abdomen ne pouvait retenir les épaules, et leur résistance vient encore à l'appui de mon opinion : je l'attribue à la mauvaise direction de tout le corps du fœtus, qui, après l'engagement de la tête, a fait porter sur les pubis l'épaule droite, et enfoncé la gauche dans l'excavation. (*Remarque de l'Éditeur.*)

N° III.

Deux exemples d'inertie par résistance des membranes ; accouchement spontané.

I. La nommée Ad..... se présenta à la salle des accouchemens le 21 août, à sept heures du matin, disant avoir éprouvé toute la nuit de légères douleurs. Cependant le col de la matrice offrait encore quelque longueur, et l'orifice interne était fermé ; les douleurs occupaient principalement les lombes ; elles étaient continuelles et faibles. Le col s'effaça dans le jour, et la dilatation acquit douze à quinze lignes de diamètre ; mais ces progrès fort lents s'arrêtèrent bientôt tout-à-fait ; les douleurs

étaient continuelles et fatigantes, l'orifice tendu, les membranes tendues aussi, mais *plates* et séparées de la tête par une petite quantité d'eau. A neuf heures du soir, céphalalgie, état fébrile. (*Saignée d'une palette, bain de siége*). Soulagement, mais sans progrès dans le travail. A minuit, les membranes se rompent spontanément, un peu d'eau s'écoule, et aussitôt les douleurs s'éveillent, la tête s'avance, franchit l'orifice, qui s'ouvre rapidement. Ces premiers changemens furent suivis d'une marche moins active, et l'accouchement se termina à deux heures du matin. L'enfant était peu volumineux; il n'a donné que quelques signes de vie.

II. Le 20 février 1821, une femme lymphatique, en travail depuis vingt-quatre heures, offrait quinze lignes de diamètre à l'orifice utérin; les bords en étaient minces, mais roides; les douleurs étaient presque nulles, les membranes tendues mais *peu convexes;* la tête siégeait au détroit supérieur; fort peu d'eau était entre elle et les membranes. Je rompis la poche membraneuse; quelques cuillerées d'eau seulement s'écoulèrent; mais la tête appuya sur l'orifice, l'ouvrit tout-à-fait, et l'accouchement fut terminé trois quarts d'heure après.

Je ne multiplierai pas davantage ces exemples, dont on trouvera d'ailleurs plusieurs analogues dans les observations que j'ai déjà publiées. (*Voy.*

entr'autres tom. 1er, pag. 158.) Il est probable qu'ici c'est moins la tenacité des membranes que leur inextensibilité qui les empêche de céder aux eaux qui les pressent, de s'allonger en poche conoïde, et de dilater ainsi l'orifice; peut-être aussi cela tient-il à une disposition particulière de la tête, qui, comme nous l'avons dit ailleurs, est toujours alors voisine des membranes. Cette disposition, déjà indiquée dans le 1er volume (p. 36), est bien différente de celle dont j'ai fait mention dans le numéro qui précède. Quand la tête est au-dessus des pubis, en vain romprait-on les membranes si l'on ne change l'inclinaison vicieuse du fœtus; au contraire, change-t-on cette inclinaison par la station directe, la rupture des membranes devient alors d'une utilité aussi grande que dans le cas qui nous occupe en ce moment. C'est ce que nous retrouverons encore par la suite dans les observations relatives aux obliquités utérines (1).

---

(1) Madame Lachapelle m'a souvent dit que c'était une mauvaise pratique que de rompre les membranes quand la tête était *juchée au-dessus du détroit supérieur*. Elle employait a dessein cette expression triviale pour désigner ces cas singuliers et en quelque sorte mystérieux dont j'ai rendu compte en les attribuant à l'obliquité postérieure. Elle avait remarqué qu'en pareil cas l'eau s'écoulait sans que la tête descendît, et qu'il fallait en venir à la version du fœtus après s'être privé ainsi des facilités que donne toujours la présence de l'eau.

(*Note de l'Éditeur.*)

N° IV.

Première position transversale (1) *du sommet de la tête ; inertie après rupture des membranes ; travail fébrile ; bains ; accouchement spontané.*

Madeleine Frais....., âgée de vingt ans, enceinte pour la première fois et à terme, avait été nouée dans son enfance, et n'avait marché qu'à l'âge de six ans : cependant le bassin ne paraissait point difforme.

Le 2 messidor an 10, à trois heures de l'après-midi, premières douleurs, et rupture spontanée des membranes. Le soir, nous trouvâmes l'orifice utérin épais, mais souple et ouvert de dix à douze lignes ; les contractions de la matrice étaient fortes et se répétaient fréquemment. La tête du fœtus offrait le vertex fort élevé encore et dirigé en travers, de façon qu'une oreille était derrière les pubis : c'était la droite. Les douleurs continuèrent

(1) Ces sortes de positions, quoiqu'on ait cherché à en révoquer l'existence en doute, même depuis que le premier volume de cet ouvrage a paru, n'en sont pas moins réelles. J'ai déjà dit, et je répète qu'elles sont un peu moins fréquentes que la 4e de Baudelocque et beaucoup plus que sa 5e. Qu'on les regarde comme des variétés ou comme des positions cardinales, peu importe pour la pratique : j'abandonne volontiers cette querelle à ceux qui font tout consister dans la nomenclature, qui, pour moi, n'est qu'un faible accessoire.

pendant toute la nuit; elles cessèrent le matin, et la femme s'épuisa jusqu'à midi en efforts superflus. A cette époque, le pouls était fébrile, les organes génitaux étaient tuméfiés, fort chauds et douloureux. Trois bains entiers furent successivement administrés dans la soirée; ils diminuèrent la fièvre, rappelèrent les douleurs et facilitèrent l'accouchement, qui cependant ne s'opéra qu'à onze heures du soir. Pendant ce laps de temps, la tête s'était peu à peu réduite à une première position diagonale. L'enfant était vivant et bien portant; mais la peau du crâne était fortement tuméfiée un peu en arrière, et surtout du côté droit.

La délivrance fut naturelle; mais une hémorrhagie, peu abondante il est vrai, la suivit de près, et ne s'arrêta qu'après des injections d'eau froide et vinaigrée dans le vagin. Ces injections, ainsi que des lotions froides sur les cuisses et l'abdomen, rendirent à l'utérus la force contractile qu'un si long travail lui avait fait perdre, et le réduisirent au volume et à la consistance ordinaires.

Mad. Frais..... eut pendant quelques jours une fièvre inflammatoire accompagnée de lochies abondantes. Cette fièvre cessa deux jours après la sécrétion du lait, et la malade ne tarda pas à quitter l'hospice en parfaite santé.

N° V.

Inertie avant et après rupture des membranes; première position; forceps.

Cette femme était âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution; elle n'offrait aucun vice de conformation, et se disait enceinte pour la première fois et à terme; elle avait joui d'une bonne santé dans le cours de la gestation. Elle arriva à l'hospice ressentant des douleurs. Le travail était peu avancé; la dilatation n'offrait guère que cinq à six lignes de diamètre; l'orifice était souple et les parties externes très-dilatables; l'enfant présentait le sommet dans la première position; les douleurs étaient faibles et peu rapprochées. Depuis le mardi, jour de son entrée, jusqu'au jeudi matin, le travail était dans le même état: les contractions devinrent enfin plus vives et plus fréquentes. A neuf heures du matin, les membranes se rompirent; la dilatation avait douze à quinze lignes. Les contractions se suivirent, mais avec peu d'intensité. Cependant la dilatation était complète à sept heures du soir: les douleurs cessèrent alors. Pendant toute la journée, les alimens que prenait la malade étaient aussitôt rejetés par le vomissement.

Pendant la nuit, on appliqua vainement des linges très-chauds sur l'abdomen; on ne put ranimer

l'action de la matrice. Le vendredi matin, la femme commençant à s'affaiblir, et les eaux paraissant chargées de méconium, on se décida à opérer l'accouchement, quoique l'enfant n'éprouvât pas de compression violente de la part de la matrice, et que les tégumens ne fussent même pas tuméfiés. La tête avait franchi l'orifice; elle se trouvait dans le petit bassin et avait presque exécuté son mouvement de rotation : l'indication était donc d'appliquer le forceps.

En conséquence, on introduisit, du côté gauche du bassin jusque sur le pariétal gauche, la branche droite de l'instrument, tandis que la branche gauche fut conduite et appliquée de l'autre côté. Lorsque les branches furent réunies, on fit achever à la tête son mouvement de rotation, de manière que le front correspondit à la courbure du sacrum, et l'occiput au-dessous des pubis. On la dégagea ensuite par de légères tractions faites d'un côté à l'autre en dirigeant l'instrument un peu en haut pour lui faire suivre l'axe du détroit inférieur. L'épaule gauche, descendue le long de la symphyse sacro-iliaque gauche, fut dirigée dans la courbure du sacrum; la droite se dégagea la seconde au-dessous de la symphyse des pubis; les hanches sortirent dans la même direction.

L'enfant était du poids de sept livres; il est né bien portant après un travail de soixante-quinze heures.

La mère est sortie en bonne santé.

N° VI.

Inertie après rupture des membranes ; hémorrhagie pendant le travail ; première position ; forceps.

E. Gos....., admise à l'hospice vers le septième mois de sa grossesse, se présenta six semaines après à la salle d'accouchement, le 20 frimaire an 7. Elle ne ressentait aucune douleur ; mais les membranes étaient rompues, et les eaux s'écoulaient abondamment : cependant le col de la matrice n'était pas encore tout-à-fait effacé ; la tête de l'enfant était fort basse et se présentait en première position. Vers le soir, les douleurs s'annoncent et l'eau cesse de couler ; l'orifice se dilate peu à peu, mais avec peine, et vers six heures du matin (21 frimaire) seulement, la dilatation est complète, quoique les douleurs se soient ralenties dès quatre heures.

La tête du fœtus est alors fortement tuméfiée : cependant elle franchit l'orifice ; bientôt l'occiput s'enfonce dans l'arcade pubienne, et la tête est si basse qu'on en voit une partie en écartant les grandes lèvres. A cette époque, la matrice cessa de se contracter. Dès-lors j'empêchai cette femme de se livrer à des efforts inutiles et de céder aux épreintes que déterminait la pression de la tête sur le rectum et le périnée ; je donnai quelques alimens et un peu de vin. E. Gos..... s'endormit aus-

sitôt après. Vers huit heures, les douleurs commençaient à se rétablir, quand tout-à-coup survint une perte de sang très-considérable, et qui, malgré les contractions de l'utérus, durait sans interruption depuis un quart d'heure, lorsque je me décidai à pratiquer l'application du forceps. Elle fut des plus faciles, et amena un enfant d'abord faible, mais qui fut promptement ranimé. La perte continuait; mais quelques frictions sur l'hypogastre suffirent pour faire contracter l'utérus et suspendre l'évacuation du sang. La délivrance fut simple; on l'opéra, à la manière ordinaire, une demi-heure après l'accouchement.

N° VII.

Trois exemples d'inertie après rupture des membranes; première position; forceps.

Dans le premier volume, j'ai donné de nombreuses observations d'application du forceps pour des suspensions de travail avant ou après la rupture des membranes; ces observations étaient destinées à donner une idée exacte du mécanisme des procédés de la nature et de ceux de l'art : elles exigeaient donc des détails ici inutiles. Notre but a toujours été de mettre l'exemple à côté du précepte : il nous suffira par conséquent d'exposer succinctement quelques faits du même genre en supprimant tout ce qui est étranger à notre sujet actuel.

I. A. R., femme lymphatique et chlorotique, âgée de vingt-huit ans; deuxième grossesse, à terme. Premières douleurs le 7 août 1811, à six heures du soir; orifice très en arrière, ouvert de huit à dix lignes, mince et mou; membranes tendues, douleurs fortes et fréquentes. A onze heures, rupture spontanée des membranes; la tête franchit l'orifice et entre dans l'excavation s'offrant diagonalement dans la première position. Dès-lors inertie presque complète. A quatre heures du matin, l'application du forceps fut décidée et pratiquée à la manière ordinaire, c'est-à-dire, en commençant par la branche gauche, qui fut conduite en avant et à droite du bassin. Des tractions mesurées firent rouler la tête sur son axe, amenèrent l'occiput dans l'arcade pubienne, puis en produisirent l'extension et en même temps le dégagement. L'enfant, du sexe masculin, pesait sept livres et se portait bien. La délivrance fut simple.

II. S. N., vingt-six ans, tempérament bilieux, première grossesse, à terme. Premières douleurs le 1er mars 1812, à neuf heures du soir; douleurs faibles, membranes rompues, écoulement d'eau dans l'intervalle des contractions; orifice ouvert de huit à dix lignes; tête fort haute, en première position. Peu à peu la dilatation s'achève. Le 2, à midi, la tête descend et franchit l'orifice en occupant l'excavation pelvienne. Les contractions n'avaient pas cessé d'être très-faibles; l'eau s'était continuellement écoulée; il y avait fièvre, soif

ardente, et parfois vomissement de matières bilieuses. La rotation de la tête s'opéra presqu'en même temps qu'elle franchit l'orifice; mais aussitôt après, inertie complète. A six heures du soir, j'appliquai le forceps plus simplement et plus facilement encore que dans le cas qui précède, c'est-à-dire, en plaçant les cuillers sur les côtés du bassin, et commençant par la branche droite. Beaucoup d'eau s'écoula encore au moment où le tronc du fœtus sortit de la vulve. L'enfant était un garçon de six livres, faible, mais bientôt ranimé. Suites de couches heureuses.

III. J. Z., femme sanguine, dix-neuf ans, première grossesse, neuvième mois; travail commencé le 23 février 18.., à huit heures du matin. Orifice utérin fort en arrière, épais, dur, et à peine ouvert; douleurs fortes, mais rares. A dix heures du soir, dix-huit lignes de dilatation, orifice mou; on reconnaît la première position du vertex; membranes peu tendues. A minuit, rupture des membranes, douleurs plus faibles, mais plus rapprochées. Le 24, à neuf heures du matin, la tête entre dans l'excavation en franchissant l'orifice, puis elle roule sur son axe, et loge son occiput dans l'arcade des pubis; après cela, suspension totale des contractions. A trois heures après midi, j'appliquai le forceps comme dans le cas précédent. Enfant mâle, pesant six livres et bien portant. Une hémorrhagie avec inertie utérine exigea des lotions froides et l'introduction de la

main. Du reste, les suites de couches furent heureuses.

On voit que, dans le plus grand nombre des cas, l'inertie s'est déclarée après la rupture des membranes, et lorsque la tête était sur le point de sortir. Cela tient sans doute à la fatigue de l'utérus, qui s'épuise de plus en plus à mesure que le travail avance, et peut-être aussi à la résistance du vagin et de la vulve, assez ordinaire dans les premières grossesses. Dans le deuxième cas, l'inertie paraît avoir été due à la *surabondance des eaux* de l'amnios : ce serait donc un exemple d'inertie par torpeur plutôt que par épuisement. On voit, dans la première et la dernière observation, que l'inertie se continue souvent après l'accouchement et cause alors une hémorrhagie, même quand il n'en existait pas pendant la durée du travail.

N° VIII.

Deux exemples de première position transversale du vertex; inertie après rupture des membranes; forceps.

Nous avons dit, dans le premier volume, qu'une position transversale était quelquefois une cause de difficulté dans la marche naturelle du travail de l'accouchement. C'est surtout à la grande étendue que doit avoir alors le mouvement de rotation horizontale qu'il faut rapporter ces re-

tards : c'est donc dans les derniers momens du travail et après la rupture des membranes, que doit se déclarer l'inertie due à l'épuisement de l'utérus, qui se fatigue souvent en vain contre cet obstacle. Les deux observations suivantes en seront la preuve.

I. Th. B., âgée de vingt-quatre ans, lymphatique, mais bien constituée; première grossesse; neuvième mois. Le 17 août, à neuf heures du soir, dilatation presque complète, membranes tendues, tête présumée en première position. A trois heures du matin (18 août), rupture des membranes; dès-lors, douleurs graduellement éteintes, orifice rigide (inertie avec constriction). La tête ne fait plus aucun progrès, et l'on reconnaît que l'occiput est tourné presque tout-à-fait à gauche et le front à droite. Après une heure d'attente, l'application du forceps fut décidée. La branche gauche, d'abord introduite, fut glissée sous les pubis par le mouvement spiral que j'ai souvent recommandé; la droite fut placée en dedans de la symphyse sacro-iliaque gauche et le plus près possible du milieu du sacrum. Cela fait, des tractions graduelles, combinées avec l'élévation des crochets du forceps et leur adduction vis-à-vis de la symphyse pubienne, amenèrent aisément la tête au dehors, après en avoir changé la direction défavorable. L'enfant était vigoureux, du sexe masculin et du poids de six livres. Les suites de cet accouchement furent des plus simples.

II. Femme forte, sanguine, âgée de trente ans; troisième grossesse, neuvième mois. Travail commencé le 10 mars 1817, à onze heures du soir; dix à douze lignes de diamètre à l'orifice; membranes tendues pendant les douleurs; celles-ci fortes et soutenues, tête haute. A quatre heures du matin (11 mars), rupture des membranes. La position est reconnue pour une première du vertex presque transversale; la tête est plus basse. Bientôt les douleurs cessent après s'être graduellement affaiblies. A deux heures après midi, nul changement. Le forceps en conséquence est appliqué de la même manière que dans le cas précédent. L'enfant était mort: c'était une fille du poids de six livres. La délivrance et les suites de couches ont été heureuses, et cette femme a quitté l'hospice au huitième jour, jouissant d'une pleine santé.

N° IX.

Deuxième position transversale du vertex; resserrement du bassin; inertie; rétention d'urine; forceps.

La femme dont il s'agit ici était âgée de dix-neuf ans, faible, lymphatique et enceinte de son premier enfant. Le travail commença le 31 juillet. Le 1er août, à quatre heures du matin, cette femme fut transportée chez une sage-femme qui trouva les membranes rompues, la dilatation complète,

la tête déjà tuméfiée et dans une position intermédiaire entre la deuxième et la quatrième ; les douleurs étaient fortes et rapprochées, mais sans autre effet que d'augmenter la tuméfaction de la peau qui recouvrait le pariétal droit. Un bain, des lavemens, ne produisirent aucun amendement ; il existait de la fièvre, et parfois du délire : c'est pourquoi la sage-femme, inquiète sur les suites de ce travail difficile, nous envoya la malade. Elle arriva le 2 août à six heures du matin. Les douleurs étaient alors faibles et rares ; la tête était peu engagée dans le détroit ; mais la tumeur considérable qui la couvrait s'avançait assez bas dans le vagin pour tromper au premier abord et faire croire que le crâne était dans l'excavation. On sentait assez facilement l'angle sacro-vertébral, ce qui indiquait que le détroit supérieur était un peu rétréci. La vessie était distendue par une énorme quantité d'urine, et la sonde ne put traverser l'urètre, aplatie entre la tête de l'enfant et les pubis de la mère. La malade fut mise au bain, et nous vîmes bientôt la tête pénétrer dans l'excavation : cependant elle marchait avec lenteur, et le pouls de la mère faiblissait de plus en plus : nous préférâmes donc ne pas attendre davantage pour terminer l'accouchement à l'aide du forceps.

La branche droite, introduite la première, fut placée sous les pubis, la gauche en arrière autant que possible ; réunies, elles permirent d'enfoncer la tête dans l'excavation, de tourner l'occiput en avant, et de dégager le front en arrière. Avec l'en-

fant sortirent des gaz fétides qui se répandirent dans toute la salle. Celui-ci offrait des traces manifestes de putréfaction; il était du sexe féminin et du poids de six livres.

Les suites de ce travail fâcheux furent des plus heureuses. La vessie reprit en quelques jours ses fonctions, d'abord un peu difficiles.

Il est évident ici que l'inertie provenait de l'épuisement des forces utérines fatiguées par l'obstacle qu'opposait l'étroitesse du bassin. Cette même étroitesse était cause de la direction insolite de la tête du fœtus, qui n'a pu traverser le détroit qu'en offrant son plus petit diamètre au sacro-pubien du bassin. Cette tête, en effet, offrait, du menton à l'occiput, 5 pouces $\frac{1}{2}$; du front à l'occiput, 4 pouces $\frac{1}{2}$; d'un pariétal à l'autre, 3 pouces; du front au menton, 3 pouces.

Quant à la distension de la vessie, je ne crois pas qu'on puisse la regarder comme cause de l'inertie, mais seulement comme un effet de la compression de l'urètre; effet purement coïncident avec la suspension des contractions de la matrice.

N° X.

Plusieurs exemples d'inertie après rupture des membranes ; deuxième et quatrième position du vertex ; forceps.

I. Femme sanguine, âgée de vingt-quatre ans ; première grossesse, à terme ; premières douleurs le 27 novembre 1811 matin. Le soir, orifice en arrière, ouvert de huit à dix lignes, mince et dilatable ; membranes rompues, contractions fortes et soutenues ; tête en deuxième position : elle franchit bientôt l'orifice ; mais alors inertie complète. Le forceps est appliqué de telle sorte que la branche droite, introduite la première, est glissée sous le trou ovalaire gauche ; la gauche est placée devant l'échancrure sacro-sciatique droite. Les manœuvres ordinaires amenèrent bientôt une fille vivante et pesant sept livres. La délivrance, quoique naturelle, a été suivie d'une hémorrhagie externe de peu de durée : une fièvre gastrique s'est développée quelques jours après. Le dix-huitième jour, cette femme est sortie convalescente.

II. Constitution faible et tempérament lymphatique ; première grossesse, neuvième mois. Premières douleurs le 12 septembre 1815 matin. Le 13 à midi, ouverture spontanée des membranes ; dilatation complète ; perte de sang assez considérable ; douleurs plus faibles, quoiqu'elles n'aient été jus-

que là que très-peu intenses. Le forceps fut placé comme dans le cas précédent, la position de la tête étant absolument la même ; les branches furent désarticulées au moment où la tête, après la rotation horizontale, était sur le point de franchir la vulve : on eut ainsi l'avantage de prévenir et la rupture du périnée et la stupeur dans laquelle une trop prompte déplétion aurait pu jeter l'utérus. L'hémorrhagie avait cessé. L'enfant était un garçon faible, mais viable. Le placenta adhérait à l'intérieur de l'utérus, et après deux heures d'attente, il fallut en venir à l'introduction de la main pour l'extraire. Malgré cette opération, la matrice resta inerte et devint la source d'une hémorrhagie effrayante, qui causa une syncope à la suite de laquelle se montra un état de spasme et de frisson très-opiniâtre et très-alarmant. L'eau froide, employée en lotions, en injections poussées même jusque dans l'utérus, produisit enfin la constriction désirée. Pendant quelques jours, l'état de cette femme nous donna des espérances qui furent dissipées par le développement d'une fièvre adynamique à laquelle elle succomba le neuvième jour.

III. Vingt-huit ans, tempérament lymphatique ; deuxième grossesse, à terme ; premières douleurs le 16 décembre 1811 au soir. Rupture prématurée des membranes, douleurs faibles, dilatation graduelle de l'orifice ; la tête est dans la quatrième position du vertex. A trois heures du matin (17), elle franchit l'orifice, et le front se tourne en avant : dès-lors

plus de progrès; douleurs plus faibles, abdomen tendu; la peau du crâne se tuméfie. A huit heures du matin, le forceps est appliqué vers les côtés du bassin et sur ceux de la tête, en commençant par la branche droite. De simples tractions, dirigées dans l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire en avant, dégagèrent la tête, puis le reste du corps d'une fille vivante et du poids de cinq livres. Suites de couches naturelles; sortie le treizième jour.

IV. Vingt-cinq ans, constitution faible et jadis entachée de rachitisme; bassin bien fait; mais sternum et rachis difformes et saillans; mâchoire avancée; première grossesse. Dès le sixième mois, douleurs lombaires, puis toux violente; premières douleurs, à terme, le 4 septembre au soir; dilatation lente, *orifice rigide*. Le 5, à onze heures du matin, un bain de siége: dès-lors dilatation plus facile: elle est complète à deux heures. Rupture spontanée des membranes; écoulement d'une petite quantité d'eau verdâtre. A trois heures, la tête, dirigée comme dans le numéro précédent (quatrième du vertex), franchit l'orifice; mais la fièvre, qui durait dès les premières douleurs, augmente d'une manière très-notable; les lèvres, les dents et la langue sont fuligineuses; la malade est tourmentée par une chaleur brûlante et une soif inextinguible; par momens, délire vague. A six heures, nul changement. Le forceps est appliqué comme pour une première position; car la largeur des fontanelles rendait incertain le diagnostic. La rotation et l'ex-

traction furent opérées comme pour une première position, ce qui convenait aussi parfaitement bien à une quatrième. L'enfant était faible et petit, mais viable. Délivrance naturelle. La fièvre a duré plusieurs jours; mais la femme s'est complètement rétablie.

N° XI.

Trois exemples d'inertie avant rupture des membranes; première et deuxième position du vertex et des pieds; version.

Nous avons, dans le premier volume et dans le deuxième, donné assez de détails sur la version du fœtus pour nous dispenser ici d'une relation minutieuse : je me contenterai donc, comme je l'ai fait pour l'application du forceps dans les numéros précédens, d'indiquer sommairement la marche de la nature et les secours que l'art a pu lui adjoindre.

I. Une femme débile, âgée de vingt-deux ans, mal réglée habituellement, enceinte pour la première fois et à terme, ressentit les premières douleurs le 18 août 1811, au matin. Elles étaient faibles et rares, l'orifice à peine ouvert, les membranes tendues, la tête haute. Je défendis de la toucher davantage, dans la crainte d'une rupture prématurée des membranes. Les douleurs étaient si faibles que, le lendemain seulement à sept heures du matin, la dilatation fut complète. La

hauteur de la tête et la faiblesse des douleurs indiquaient la version : une élève (mademoiselle Rayt) y procéda sous mes yeux. La main gauche introduite reconnut la première position du vertex, saisit, en rompant les membranes, le pied gauche du fœtus; le droit fut ensuite amené, et l'accouchement terminé suivant les règles. L'enfant est né mort; sa tête, fort volumineuse, avait été dégagée avec peine; il pesait huit livres : c'était un garçon. L'inertie persista après la délivrance, et une hémorrhagie suivie de syncopes nous alarma pendant quelques momens : elle céda à l'emploi du froid; mais, les jours suivans, une péritonite bilieuse réveilla nos inquiétudes : cette maladie fut guérie par le moyen des émétiques et des laxatifs, et la femme partit bien portante le 14 septembre après trois semaines de maladie.

II. Femme de trente-huit ans, sanguine, mal réglée; première grossesse; neuvième mois. Travail commençant le 24 janvier 1812, au soir. Tête fort élevée; douleurs faibles. Le 25, à dix heures du matin, l'orifice parut suffisamment dilatable; la position de la tête était inconnue; mais, à travers les parois de l'abdomen, on crut reconnaître que les pieds étaient vers le côté gauche (deuxième position du vertex). En conséquence, mademoiselle Gadot (du département de la Côte-d'Or) fut chargée d'introduire la main droite. Elle rompit les membranes en saisissant le pied gauche, et ce seul membre suffit à l'extrac-

tion, qui fut achevée selon les procédés ordinaires. L'enfant, faible mais viable, pesait sept livres : c'était un garçon. Une fièvre gastrique, qui n'empêcha pas cette femme de nourrir son enfant et de l'emporter le vingtième jour, fut le seul accident qui traversa l'état de couches.

III. Dans le mois d'avril 1824 (1), on m'appela près d'une femme enceinte pour la cinquième fois et à terme. Elle était énormément infiltrée ; les douleurs duraient depuis trente-six heures ; elles étaient faibles, et la femme se sentait dans un état d'épuisement tel qu'elle éprouvait des lipothymies presque continuelles ; elle était pâle et affectée en même temps d'un léger mouvement fébrile. L'orifice avait des bords épais, mais mous et dilatables ; on ne sentait aucune partie du fœtus. Je décidai la sage-femme qui m'avait appelé à introduire la main dans l'utérus : elle rompit les membranes en entrant, trouva les pieds, les saisit, et les amena tous deux à la vulve. Je dirigeai alors les tractions de manière à tourner en arrière la face antérieure du fœtus, qui sortit avec facilité. C'était un garçon bien constitué, mais dans un état d'asphyxie qui ne céda qu'à l'insufflation. J'ai su depuis qu'il avait succombé le lendemain à des convulsions. Quant à la mère, outre une énorme quantité d'eau qu'elle expulsa avec l'enfant, et qui, sans doute, était cause de l'inertie, elle ren-

(1) Observation de l'Éditeur.

dit, pendant plusieurs jours, des lochies séreuses si abondantes qu'en trois semaines l'anasarque avait totalement disparu, ainsi que toute autre incommodité. Cette femme a été ainsi infiltrée dans les grossesses précédentes. Je l'ai traitée, il y a quelques années, pour une péritonite puerpérale accompagnée d'un œdème à-peu-près aussi considérable.

N° XII.

Plusieurs exemples d'inertie avant rupture des membranes, ou plutôt d'obliquité postérieure de l'utérus; accouchemens spontanés et version (1).

J'ai rapporté ci-dessus (n° II) une observation que je crois devoir être rapportée aux obliquités postérieures du fœtus et de l'utérus, et peut-être une bonne partie de celles qui, dans le premier volume, sont relatées comme exemples de version avant la rupture des membranes, devrait-elle être mise au même rang. Cette opinion ne m'avait pas encore été inspirée à l'époque où ces observations ont été recueillies; il n'en est pas ainsi de celles qui vont suivre : c'est un échantillon des faits assez nombreux que j'ai observés depuis que mes soupçons ont pris une consistance voisine de

(1) Observations de l'Éditeur. Positions *sus-pubiennes* de la tête.

la certitude. (*Voy.* la note 1, de l'article II, § 1, du présent Mémoire.)

I. Ad. Vol..., femme sanguine et bien constituée, âgée de vingt-cinq ans, et enceinte pour la première fois, se présenta à la salle d'accouchement le 1er juin 1821, à onze heures du soir. Depuis huit heures du matin, elle ressentait des douleurs qui peu à peu avaient acquis beaucoup de force et de vivacité. L'orifice était à peine ouvert, la tête de l'enfant fort élevée; pour l'atteindre, il fallait porter l'extrémité du doigt en avant et le poignet en arrière; elle semblait aussi plus portée du côté droit que du côté gauche du bassin; on y sentait une suture dirigée de droite à gauche et de devant en arrière; cette suture était plus large vers l'éminence ilio-pectinée; ce qui me fit présumer le voisinage d'une fontanelle vers ce même point. Le 2 juin, dans la matinée, la tête n'était point descendue; les douleurs avaient totalement cessé, mais la dilatation était complète.

La liberté du bassin vers le côté gauche et la direction de la suture (présumée sagittale) qu'on avait sentie, engagèrent à préférer la main droite pour opérer la version. Mademoiselle Aragnon fut chargée de ce soin, et on lui recommanda d'agir comme dans la deuxième position du sommet de la tête, à moins que la main introduite ne lui fît reconnaître une disposition contraire. Les membranes furent ménagées jusqu'au moment où la main arriva vers la région des fesses du fœtus;

là elle rompit ces membranes, saisit d'abord le pied gauche, l'amena à la vulve, et, après une nouvelle recherche, y joignit le pied droit : dès-lors l'accouchement fut rapidement achevé comme si les pieds se fussent présentés en première position (B.).

Avant d'aller plus loin, l'élève chargée d'opérer avait reconnu que le vertex se présentait dans la seconde position, que la tête semblait un peu renversée vers le dos, la fontanelle antérieure au centre du détroit, et la suture sagittale très-rapprochée des pubis. L'enfant naquit faible; il fut bientôt ranimé : il pesait environ six livres. La mère fut menacée d'une péritonite, qui fut prévenue par l'emploi de la saignée et des laxatifs.

Voilà bien tous les caractères d'une obliquité postérieure du fœtus, c'est-à-dire, d'une inclinaison contraire à celle de l'axe du détroit supérieur du bassin. Pour avoir ceux d'une obliquité utérine, il faudrait avoir noté la forme du ventre : elle n'avait rien d'assez remarquable pour fixer l'attention; mais je regrette de n'en avoir point déterminé au juste le degré de saillie : du reste, il était *rénitent* et douloureux à la pression. Cette circonstance m'empêcha de pousser plus loin quelques tentatives que je fis pour repousser la tête de dessus les pubis, comme Baudelocque le conseille pour les positions de l'oreille, de l'occiput, etc. : ajoutez à cela que la plénitude de la vessie et la tension de l'hypogastre s'y opposaient. Cette plé-

nitude est encore une preuve à l'appui de mon opinion : en effet, la vessie doit être plus gênée, et la partie qui s'élève au-dessus des pubis plus comprimée, quand la tête du fœtus est ainsi inclinée en avant.

II. Depuis cette époque, j'ai eu occasion de tenter ce mode de réduction chez une femme en travail depuis près de vingt heures. La dilatation de l'orifice était médiocre; les membranes peu tendues, mais contenant encore beaucoup d'eau, quoiqu'elles en laissassent échapper continuellement par une ouverture située plus haut que l'orifice utérin. La tête du fœtus était très-haute, très-mobile, et l'on pouvait aisément la repousser de dessus les pubis, vers le milieu du détroit supérieur, en comprimant l'hypogastre; et, avec une égale facilité, on la reportait sur les pubis à l'aide des doigts introduits dans le vagin. Elle était alors dirigée presque transversalement, la fontanelle antérieure à droite et aussi basse que la postérieure. Je commençai par réduire la tête au milieu du détroit, puis je rompis les membranes vis-à-vis l'orifice. Les douleurs, qui avaient été d'abord assez fortes et ensuite s'étaient affaiblies, reprirent toute leur énergie, et terminèrent en peu de temps le travail.

Si je ne me trompe, il est un moyen assez sûr de distinguer, même sans un examen très-scrupuleux, les cas où la lenteur du travail dépend de l'obliquité postérieure, de ceux où la plénitude de

l'utérus cause seule l'inertie. Dans le premier cas, il y a des douleurs assez fortes et qui ne cessent qu'après une longue durée; dans l'autre, il n'y a point ou peu de douleurs : en un mot, il y a épuisement dans le premier cas, et torpeur dans le deuxième.

III. Dans le mois de juillet 1821, une sage-femme de Paris était depuis quarante-huit heures auprès d'une jeune femme enceinte de son premier enfant. Les douleurs duraient encore, et cependant la tête restait toujours élevée au-dessus du détroit supérieur; les membranes bombaient fortement; l'orifice était médiocrement dilaté. Inquiète de l'inutilité de ces douleurs et de la lenteur de ce travail, elle me fit demander : je trouvai la tête de l'enfant fort mobile et placée au-dessus des pubis, le ventre peu saillant dans sa partie supérieure, ses parois fermes et élastiques. Je remarquai en outre que la tête se rapprochait du centre du bassin quand la femme était debout, et je soupçonnai alors une obliquité postérieure. La position de la tête était évidemment sus-pubienne. En conséquence, je fis tenir la femme debout, et appuyée contre son lit, pour rejeter en devant le fond de la matrice et le corps du fœtus. Peu après, les membranes se rompirent, la tête descendit, et l'accouchement se termina naturellement.

Remarquez que c'est presque toujours dans une première grossesse que s'observe cette disposition :

c'est qu'alors les parois de l'abdomen, n'ayant pas encore été relâchées, repoussent en arrière le fond de la matrice et le corps de l'enfant ; la tête vient porter sur les pubis, surtout si l'on couche la femme sur le dos, comme Mauriceau le conseille pour la présentation du côté de la tête (p. 297). J'assimile cette inclinaison de la tête observée par Mauriceau à l'inclinaison dont je parle ici : je ne doute pas, en effet, que la plupart des observations où il en parle (4, 38, 39, 45, 77, 149, 227, 251, 310) ne soient du même genre que les nôtres. On remarquera encore que je n'ai pas hésité à attendre la rupture spontanée des membranes, parce que je voyais la possibilité de réduire la tête à une bonne position par la simple station directe de la femme ; j'aurais même opéré cette rupture si l'orifice utérin eût été plus largement ouvert.

IV. Le 28 avril 1821, une femme, couchée à la salle des accouchemens de l'hospice de la Maternité, souffrait depuis dix-huit heures, sans que le travail parût disposé à se terminer spontanément. Les membranes, ouvertes au-dessus de l'orifice utérin, fournissaient un écoulement d'eau faible, mais continu ; l'utérus, fatigué par de longues douleurs, était inerte, mais rigide ; l'orifice bien dilaté, et la tête fort élevée, difficilement sentie par le bout du doigt porté en avant vers le bord supérieur des pubis ; on y sentait une suture dirigée en travers, et une fontanelle assez large à gauche. De cette recherche, dans laquelle il fallut m'aider de

la *compression de l'hypogastre*, je conclus l'existence d'une deuxième position transversale et sus-pubienne, et d'une obliquité postérieure. L'inertie indiquait la nécessité de terminer l'accouchement: d'après mon diagnostic, c'était la main droite qu'il fallait introduire : cette main cependant se trouva répondre au dos de l'enfant, sans doute parce que la fontanelle sortie était la postérieure et non l'antérieure: cependant, de cette même main, on parvint à saisir le pied droit; mais, pour amener le gauche, il fallut introduire l'autre main. Les hanches sortirent comme si les pieds se fussent présentés dans la deuxième position; mais, immédiatement après, le tronc tourna spontanément dans une direction analogue à celle de la première position de ces mêmes parties ; la main droite se trouva sur le ventre de l'enfant, et le bras de ce côté fut dégagé sans peine ; le reste de l'extraction fut facile : cependant la tête résista quelque momens, quoique déjà la bouche fût hors de la vulve, parce que la personne chargée de finir l'opération tirait parallèlement à l'axe du corps, et appuyait ainsi le front et le crâne du fœtus sur le sacrum, le coccyx et le périnée de la mère. Des manœuvres mieux dirigées et conduites dans l'axe du détroit inférieur terminèrent à l'instant ces difficultés.

L'enfant était asphyxié et pléthorique; la circulation était pourtant assez active. On fit couler un peu de sang par le cordon ombilical, et l'insufflation acheva de rappeler la vie et la santé. La tête n'offrait au-

cune tumeur, mais seulement une trace rouge, longitudinale, entre l'une des bosses pariétales et la suture sagittale; trace qui peut-être provenait de la pression de ce point sur le bord supérieur des pubis. La mère a eu une fièvre inflammatoire qu'ont enlevée d'abondantes sueurs.

L'erreur que nous avons commise dans le diagnostic n'a rien d'extraordinaire, vu la hauteur à laquelle était la tête du fœtus et vu la présence des membranes; la même erreur a été commise et l'opération commencée sur les mêmes principes, dans un cas où j'étais resté dans l'incertitude. La fontanelle antérieure fut prise, à travers les membranes, pour la postérieure, et l'on crut avoir affaire à une deuxième position transversale du vertex, tandis que la première existait réellement.

J'ai été plus heureux dans un autre cas; j'ai senti très-distinctement la suture sagittale, dirigée transversalement derrière les pubis, et l'occiput presqu'au centre; on ne sentait bien que la branche droite de la suture lambdoïde : c'était évidemment une deuxième position transversale avec inclinaison de la tête vers l'épaule gauche, inclinaison attribuée à la difformité du bassin, et que je crus être l'effet d'une obliquité postérieure : c'était *une tête de côté* de Mauriceau; le travail fut long, mais l'accouchement spontané.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, dont j'ai cherché seulement à faire ressortir l'importance.

J'ai eu déjà plusieurs autres occasions de m'assurer que c'est par l'ignorance où sont beaucoup de personnes des causes qui retiennent si souvent la tête du fœtus au-dessus du bassin, qu'il faut attribuer la persistance de ces causes, et la crainte qu'inspire à ces mêmes personnes la simple élévation de la tête : cette élévation n'a rien d'inquiétant quand le bassin est bien fait et que l'enfant n'est point difforme ; il n'y a qu'une inertie par torpeur ou bien une obliquité postérieure qui puissent la produire, et nous savons comment on remédie à l'une et à l'autre de ces dispositions morbides.

Remarquez que c'est une pratique devenue vulgaire que de faire marcher les femmes en travail, quand ce travail est long et que la tête a de la peine à descendre ; cette pratique empirique est souvent inutile, et en général on ne sait comment expliquer cette incertitude, car on s'imagine que la station ou la progression font seulement peser l'enfant sur l'orifice. C'est retomber en quelque sorte dans l'erreur ancienne qui attribuait aux efforts du fœtus les progrès du travail. Le poids du fœtus n'est rien pour l'accouchement, mais sa direction fait beaucoup : une bonne direction peut seule rendre efficace les efforts de la puissance principale, je veux dire des contractions de l'utérus, comme une mauvaise peut les rendre inutiles, ainsi que l'a fort bien démontré Deventer. C'est en changeant une mauvaise direction contre une bonne que la station et la progression peuvent fa-

voriser l'accouchement; d'où l'on voit que la progression et la station seront efficaces toutes les fois que l'inertie dépendra d'une obliquité postérieure, d'une position sus-pubienne; elles seront sans effet contre toute autre cause d'inertie; elles seront même nuisibles contre celle qui dépendrait d'une obliquité antérieure ou latérale de l'utérus: vous en trouverez ci-après une preuve évidente (n° XIII, obs. III.)

L'impression étroite et allongée qu'on a remarquée à la peau du crâne, et qui paraît avoir été due à la contusion exercée par le bord supérieur des pubis, a été observée dans quelques autres cas. (*Voyez* ci-dessus, art. II, § I, *note* I, obs. de Paisley.) Elle a manqué plus souvent, ou du moins elle a été trop peu considérable pour fixer notre attention.

N° XIII.

Trois exemples de travail rendu pénible par une obliquité utérine; accouchement spontané.

I. Angélique-Vict. Y..., femme bien constituée, âgée de trente-deux ans, et enceinte de son deuxième enfant, avait éprouvé, pendant sa grossesse, des douleurs dans les membres, et quelques autres accidens regardés comme scorbutiques; en outre elle se croyait affectée d'une hernie inguinale que maintenait un bandage. Premières douleurs le 20 nivose an 12, dans la matinée; à neuf heures du soir, malgré des douleurs continuelles,

il n'y avait encore que cinq à six lignes d'ouverture à l'orifice, qui se rapprochait beaucoup de la symphyse sacro-iliaque *gauche*, en sorte qu'on ne l'atteignait qu'avec peine. Cette déviation éveilla mes soupçons sur la cause des lenteurs du travail : nous vîmes en effet que le fond de la matrice était fortement incliné *à droite ;* en conséquence je fis coucher la malade sur le côté gauche, et cette simple mesure suffit pour rendre aux douleurs affaiblies toute leur vivacité, pour ramener au centre l'orifice auparavant dévié, pour rompre les membranes, et enfin faire descendre progressivement le fœtus, qui fut expulsé totalement à deux heures du matin : il avait présenté le vertex dans la première position. La délivrance fut simple ; mais peu de jours après, des douleurs dans les membres et l'abdomen se déclarèrent, avec une fièvre intense qui enleva la malade le 4 pluviose (douzième jour), à dix heures du soir. On trouva une inflammation de la partie supérieure et postérieure de l'estomac et une hydropisie de l'ovaire gauche, qui renfermait près d'une livre de liquide. Il n'y avait point de hernie, et nous l'avions déjà reconnu pendant la vie du sujet.

II. Elisab. Raim..., âgée de vingt-sept ans, et parvenue au neuvième mois de sa cinquième grossesse, commença à souffrir le 10 pluviose an 12, à midi. Le soir, les douleurs menaçaient de s'éteindre ; l'orifice utérin était tellement porté *à gauche et en arrière* qu'on ne pouvait l'atteindre ;

le fond de cet organe n'était cependant que *fort peu* incliné vers le côté droit. Néanmoins, je fis coucher la femme sur le côté gauche, et comme dans le cas précédent, les douleurs devinrent plus fortes, l'orifice se plaça au centre, les membranes s'ouvrirent, et la tête s'avança rapidement dans la seconde position du vertex. L'accouchement était terminé à huit heures du soir; la délivrance ne put s'opérer qu'une heure après l'accouchement; elle fut suivie d'une inertie, accompagnée de perte de sang et de lipothymies. Malgré la sensibilité de l'abdomen on frictionna l'utérus, et on le soutint à l'aide d'une bande de ventre assez serrée; on donna aussi quelques cordiaux qui relevèrent les forces. Le deuxième jour, frisson, épistaxis, douleurs dans le ventre et les lombes, lochies sanguines et fort abondantes. Le lendemain, vomissemens bilieux. Les laxatifs, l'ipécacuanha et les émolliens arrêtèrent cette péritonite imminente.

III (1). Le 18 février 1821, une femme de force médiocre, de petite taille, mais bien conformée, et âgée d'environ vingt-un ans, souffrait depuis vingt-quatre heures pour son deuxième accouchement : douleurs faibles et lombaires, dilatation fort grande, membranes avancées dans le vagin en forme de poche, et cependant la tête est au détroit supérieur et peu mobile. Le soir, je rompis les

(1) Observation de l'Éditeur.

membranes qui étaient à la vulve : peu d'eau s'écoula ; la tête, loin de descendre, se tuméfia peu à peu ; elle était en seconde position et appuyée sur le détroit. On promène cette femme, on la baigne sans succès; enfin on remarque que l'utérus est fortement oblique *à droite et en avant.* Je fais coucher la malade sur le côté gauche, et une demi-heure après, les douleurs changent de nature, deviennent franches, énergiques; la tête descend, et l'accouchement se termine à onze heures du soir : l'enfant vivait.

Le premier enfant qu'avait eu cette femme n'avait vécu que quelques jours ; le travail de ce premier accouchement avait été fort long. Cette femme, d'ailleurs, était pusillanime. Pendant le travail dont je viens de rendre compte, il n'y a point eu de fièvre, et le cours de l'urine n'a point été gêné. Cette dernière circonstance suffirait pour distinguer ce cas de ceux dont nous avons parlé plus haut (obliq. postérieure). Il est visible qu'ici c'est l'obliquité du fœtus plus que celle de la matrice qui a causé les retards, puisque la dilatation était faite et l'orifice non dévié, comme dans les deux premiers exemples de ce numéro. On ne peut croire non plus que l'inertie était due à la plénitude de la matrice, et que l'ouverture des membranes l'a seule dissipée, car cette ouverture n'a donné que très-peu d'eau, et en soulevant la tête de l'enfant, nous n'en avons fait couler aussi qu'une

très-petite quantité. On peut prendre note de ce fait, relativement à l'inutilité de la station et de la progression lorsqu'il n'y a point d'obliquité *postérieure*.

N° XIV.

Trois applications du forceps par suite d'obliquité utérine.

I. La femme dont il s'agit ici était âgée de vingt ans, d'un tempérament sanguin, réglée depuis l'âge de treize ans, quatre jours chaque mois ; elle jouissait habituellement d'une bonne santé ; elle était enceinte pour la première fois et à terme, lorsqu'elle entra à l'hospice, le 1er décembre 1811, à neuf heures du soir.

Ayant procédé au toucher, on reconnut que la dilatation de l'orifice avait acquis quinze à dix-huit lignes de diamètre ; l'orifice de la matrice était dirigé en arrière ; son bord était souple et mince ; les membranes bombaient fortement ; l'utérus était extraordinairement développé et oblique en devant, au point que, lorsque la femme était debout, la surface abdominale s'appliquait sur la partie antérieure des cuisses. La tête était encore au-dessus du détroit supérieur ; on ne la touchait que très-superficiellement. Même après qu'on eut corrigé l'obliquité antérieure, les contractions restèrent faibles. D'après ces dispositions, on conçut l'idée de terminer l'accouchement en faisant la version du fœtus, dans la crainte que, lors de la rup-

ture des membranes, la tête ne pût pas s'engager dans le détroit supérieur, soit qu'elle s'y présentât dans une mauvaise position, soit qu'elle conservât une direction défavorable. On pouvait encore craindre que les contractions, qui étaient déjà très-faibles ne cessassent entièrement; mais les dangers auxquels l'enfant est toujours exposé quand on le retourne pour l'amener par les pieds (la femme étant d'ailleurs très-courageuse) engagèrent à attendre, sauf à prendre le premier parti s'il survenait de nouvelles indications, ou bien si, après la rupture des membranes, la tête ne s'engageait pas: les contractions continuèrent d'être faibles et éloignées. A deux heures, la dilatation était complète; les membranes s'ouvrirent au-dessus de l'orifice de la matrice; les eaux s'écoulèrent, et on ne s'en aperçut que lorsqu'elles furent tout-à-fait évacuées, à la réserve de celles qui restaient dans la poche que formaient les membranes au-dessous de la tête. Cependant cette dernière avait fait fort peu de progrès : on la touchait seulement avec plus de facilité. On remarqua qu'elle se présentait dans la première position, c'est-à-dire, que l'occiput était derrière la cavité cotyloïde gauche, et le front au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite. Elle resta au détroit supérieur jusqu'à cinq heures du matin, quoique les contractions fussent un peu plus fortes : alors elle s'avança assez dans le détroit pour faire espérer que l'accouchement se terminerait naturellement; mais

les contractions s'affaiblirent de nouveau : craignant alors pour la vie de l'enfant, et voulant prévenir les accidens qui peuvent résulter du séjour de la tête dans le détroit supérieur, on se décida, à huit heures du matin (2 décembre), à terminer l'accouchement au moyen du forceps.

La tête étant assez basse pour que l'on s'assurât que la première position déjà présumée avait lieu, on introduisit la branche droite la première au-devant du ligament sacro-sciatique gauche, et on l'appliqua sur le pariétal gauche de l'enfant; puis la branche gauche fut introduite d'abord au-devant du ligament sacro-sciatique droit, et ramenée derrière le trou ovalaire droit, et appliquée sur le pariétal droit du fœtus. Après avoir réuni les branches du forceps, on tira directement en bas pour faire suivre à la tête l'axe du détroit supérieur, jusqu'à ce qu'elle fût parvenue dans l'excavation du bassin; alors on lui fit exécuter son mouvement de rotation, en élevant l'extrémité des branches du forceps, et les portant en même temps de gauche en devant, afin d'amener l'occiput dans l'arcade des pubis et le front dans la courbure du sacrum; ensuite on fit de légers mouvemens latéraux d'un côté à l'autre, en portant les branches du forceps en haut, pour faire suivre à la tête l'axe du détroit inférieur. Lorsqu'elle fut parvenue dans les parties externes de la génération, et que celles-ci furent suffisamment dilatées, on retira les branches du forceps, et la tête acheva de se dégager, poussée

légèrement par les efforts de la femme. L'enfant naquit faible, mais on le ranima au moyen des soins qui lui furent donnés. Il était du sexe masculin et du poids de huit livres. La délivrance n'a rien offert de remarquable. Le deuxième jour de sa couche, la mère éprouva quelques symptômes de fièvre gastrique; mais ils se dissipèrent, et elle sortit bien portante de l'hospice le 18 décembre.

Quoique l'inertie ait évidemment reconnu pour cause première l'obliquité de l'utérus, il est certain que cette cause n'était pas la seule, puisque cet organe ayant été convenablementrelevé, l'inertie s'est encore reproduite. Cette autre cause est peut-être l'obliquité particulière du fœtus, que le redressement de la matrice n'aura corrigé qu'en partie. Il est à remarquer qu'une première inertie par épuisement en appelle et en favorise une seconde, en sorte que la cause que je mets ici en deuxième ordre aurait pu n'avoir que très-peu d'influence sur la production d'une inertie dans toute autre circonstance que celle d'une fatigue et d'un épuisement antérieurs. Cette observation a été conservée avec quelques détails parce qu'il est bon de remettre de temps en temps sous les yeux des lecteurs les remarques pratiques contenues dans les premiers volumes : cependant ce serait faire injure à leur mémoire que de répéter ici toutes les réflexions qu'elle pourrait nous fournir, et qui ont déjà été énoncées en plusieurs endroits. Seulement il est bon d'expliquer pourquoi

la cuiller qui devait être glissée en devant fut appliquée en dernier lieu : c'est que la largeur de la vulve et celle du bassin ne nous faisaient prévoir aucune difficulté, et que nous préférâmes ce procédé à celui du décroisement des branches. (*Voy.* tom. 1er, pag. 68.)

II. Tempérament sanguin ; constitution forte ; vingt-trois ans ; première grossesse. Travail commencé le 16 novembre, au milieu du jour. Orifice très en arrière, à bords minces et souples ; utérus incliné fortement en avant et à droite ; contractions fortes et fréquentes, tête fort élevée. A minuit, rupture des membranes : dès-lors les douleurs s'affaiblissent. La dilatation ne fut complète que le 17, à quatre heures du soir. Pendant cet espace de temps, fièvre, soif ardente ; lèvres, dents et langue fuligineuses ; nausées et vomissemens de matières verdâtres ; tête du fœtus tuméfiée. A neuf heures, les douleurs se réveillent, la tête descend dans l'excavation du bassin, et l'on reconnaît la deuxième position du vertex. Ce pas fait, nouvelle inertie. Le 18, à deux heures du matin, le forceps fut appliqué suivant les règles, c'est-à-dire, diagonalement ; de sorte que la branche droite, introduite la première, fut placée à gauche du bassin et un peu en devant ; la gauche, au contraire, à droite et en arrière. La rotation fut opérée par un mouvement inverse de celui que nous avons décrit dans l'exemple précédent, etc., etc. Cette opération donna le jour

à une fille du poids de huit livres, faible mais bientôt ranimée.

Une abondante hémorrhagie suivit de près la délivrance : il fallut porter la main dans l'utérus pour en exciter les contractions. Ce moyen même fut insuffisant, et l'inertie ne céda qu'à des injections d'eau froide dans la cavité de l'organe. Une légère fièvre gastrique compliqua seule l'état des couches.

Même réflexion, pour la persistance ou le retour de l'inertie, que celle qui a été faite plus haut. Ici même, si ma mémoire est bonne, on prit moins de soins que dans l'observation qui précède, de réduire l'obliquité utérine ; et ici l'on ne pourrait pas alléguer l'évacuation lente et successive de l'eau de l'amnios comme cause secondaire de l'inertie, puisque l'évacuation en a été plus rapide. On a pu voir déjà plusieurs exemples qui, ainsi que la présente observation, prouvent quelle tendance a l'utérus à reproduire, après l'accouchement, l'inertie qu'il avait éprouvée pendant le travail. Ceci s'applique surtout à l'inertie par épuisement.

III. Constitution faible ; vingt ans ; première grossesse, à terme. Travail commencé le 21 août 1817. Douleurs d'abord fortes, tête fort élevée, position inconnue. L'orifice *n'était point dévié*, et cependant le fond de la matrice était fortement incliné en avant et à droite. Dans la nuit, sus-

pension des douleurs ; on corrige l'obliquité. Les douleurs reparaissent un moment. Vers dix heures du matin (22 août), rupture des membranes, puis nouvelle inertie : la tête est un peu plus basse, mais tuméfiée, et dans une position inconnue. A deux heures après midi, le forceps est appliqué ; les cuillers répondent directement aux parties latérales du bassin ; la tête fait bientôt saillir le périnée, et semble dégagée du détroit inférieur ; on ôte alors le forceps, et l'enfant est expulsé peu après : c'était une fille pesant six livres ; elle est née dans un état d'apoplexie convulsive que dissipa la saignée ombilicale. Suites de couches fort heureuses.

L'obliquité de l'enfant, indépendamment de l'utérus, était ici évidente, puisque l'orifice n'était nullement dévié : l'utérus était seulement ployé ou contourné comme Boër assure que cela a lieu dans le plus grand nombre des cas ; assertion qui n'est pas tout-à-fait d'accord avec ce que nous a démontré l'expérience.

N° XV.

Rigidité de l'orifice utérin ; première position des fesses ; accouchement spontané.

La rigidité de l'orifice utéro-vaginal est assez fréquente, et on la rencontre souvent avec l'inertie par épuisement, soit comme cause, soit comme

effet. De même que l'inertie, la rigidité de l'orifice nécessite souvent les secours de l'art pour l'extraction du fœtus; mais elle peut quelquefois être surmontée par les seuls efforts de la nature, comme va le prouver l'observation suivante. En effet, de même que l'inertie, la rigidité n'est souvent que temporaire, et quelques médications émollientes, comme les bains, la saignée, etc., peuvent en abréger la durée.

Charlotte Uz....., âgée de dix-huit ans, sanguine, forte, enceinte pour la première fois et à terme, ressentait depuis deux heures les douleurs de l'enfantement, lorsqu'elle arriva à l'hospice, le 24 ventôse an 12 à midi. Les membranes s'étaient rompues le matin; les douleurs étaient faibles et l'orifice ouvert de six à huit lignes; la partie présentée par le fœtus était très-élevée; ce ne fut que le lendemain à sept heures du matin qu'elle se trouva assez basse pour qu'on pût reconnaître les fesses en première position, c'est-à-dire les lombes à gauche et en avant, etc. Un demi-bain fut administré à la malade et suivi d'un lavement. Les douleurs néanmoins ne se réveillèrent que le soir; mais l'orifice utérin, le vagin même et la vulve étaient durs et peu dilatables. Le bain fut répété; il ramollit toutes ces parties, de sorte que la dilatation commença à s'opérer sous l'influence de contractions médiocres. Le 26 matin, application d'un troisième bain et de plusieurs lavemens : dès-lors nouveaux progrès, marche gra-

duelle, et accouchement spontané à une heure après midi.

L'enfant ne donna aucun signe de vie : la mère, depuis quatre jours, n'en sentait plus les mouvemens. Un peu de fièvre suivit l'accouchement; mais elle fut sans conséquences, et la femme sortit bien portante le septième jour.

N° XVI.

Trois exemples d'application du forceps pour rigidité de l'orifice utérin ; escarres ; perforation de l'estomac, etc.

I. Tempérament sanguin, constitution faible; trente ans; première grossesse, à terme. Travail commencé le 4 décembre 1815 matin. Orifice à bords durs et épais, membranes rompues, douleurs fortes, tête assez basse, *première position du vertex*. Le travail dura quatre jours sans aucun progrès : la saignée, les bains, etc., ne ramollirent point l'orifice. Le quatrième jour, une nouvelle quantité d'eau s'écoule, et les douleurs, suspendues depuis assez long-temps, reprennent de l'énergie; mais elles ne font que dilater un peu l'orifice, de façon à permettre l'application du forceps. Cet instrument fut introduit comme de coutume, en commençant par la branche gauche et conduisant avec soin les cuillers jusque dans l'orifice utérin. L'enfant qui fut amené ainsi était un

garçon vivant et du poids de six livres. Délivrance naturelle, mais suivie d'une hémorrhagie interne, suite ordinaire de l'inertie par épuisement; les moyens connus la réprimèrent; mais il y eut des syncopes et un affaiblissement extrême. Dans les jours suivans, prodromes de péritonite, fièvre, faiblesse. Ces symptômes avaient disparu le douzième jour.

II. Constitution forte, vingt-quatre ans, grossesse pénible, points douloureux dans le thorax. Premières douleurs le 10 octobre 1818 à midi; membranes rompues, douleurs fortes, orifice à peine ouvert et d'une dureté *cartilagineuse*. La saignée, les demi-bains, les injections mucilagineuses n'eurent aucune utilité. Vers le soir, du côté droit, le bord de l'orifice s'amincit, puis s'échancre; à minuit, suspension complète des douleurs. Je crus devoir alors terminer l'accouchement. Le forceps fut appliqué comme pour la *première position du vertex*, et donna naissance à un garçon du poids de sept livres : il offrait à peine quelques signes de vie, et l'on chercha en vain à le ranimer. Après l'accouchement, je reconnus qu'il s'était formé à l'orifice plusieurs échancrures dont je ne pus apprécier la profondeur. Le deuxième jour, frisson suivi de fièvre et de douleurs abdominales, symptômes gastriques. L'ipécacuanha, la saignée, les émolliens, n'empêchèrent point les progrès d'une péritonite qui enleva la malade le 14 octobre à neuf heures du soir.

III. Tempérament sanguin, constitution robuste, dix-huit ans, bassin un peu resserré. Premières douleurs le 16 juin 1816 au soir. Le 17 matin, douleurs faibles, orifice entr'ouvert, rigide; tête extrêmement élevée et inaccessible au doigt.

Dans le jour, douleurs plus fortes sans dilatation de l'orifice; abdomen fort sensible. (*Saignée, bain entier*). Le soir, orifice encore rigide, mais entouré d'un bord fort mince, et ouvert de douze à quinze lignes; tête plus basse. Dans la nuit, vomissemens verdâtres, céphalalgie, soif ardente, fièvre intense. Le 18 matin, douleurs plus puissantes, rupture spontanée des membranes; progrès peu considérables, mais suffisans pour autoriser l'application du forceps. Cet instrument fut dirigé comme dans les deux cas précédens, la position étant absolument la même, et l'on y employa les mêmes précautions. Comme dans le cas précédent, l'enfant a donné quelques signes de vie; mais nos efforts n'ont pu la lui conserver.

Le jour même, frisson, douleurs aiguës dans la région iliaque gauche; une potion huileuse les apaise. Le deuxième jour, fièvre, céphalalgie, délire croissant de moment en moment. Le troisième jour, mort dans la matinée.

Examen du cadavre.

Sérosité purulente entre les circonvolutions intestinales. Perforation d'un pouce de diamètre à

la paroi postérieure de l'estomac; utérus volumineux; quelques taches gangréneuses à l'entrée du vagin et au col de l'utérus; une rupture capable de recevoir l'extrémité du doigt se voyait à la partie du col de la matrice qui répondait à l'angle sacro-vertébral. Ces dernières lésions étaient évidemment l'effet du long séjour de la tête en cet endroit, et de l'étroitesse du détroit abdominal du bassin.

N° XVII.

Version pour inertie et rigidité de l'orifice utérin, première position des fesses.

Une femme âgée de quarante ans, parvenue au terme de sa deuxième grossesse, ressentit de vives douleurs dans l'hypogastre et les lombes le 6 décembre 1811. L'urine était rouge et sablonneuse, et le travail puerpéral n'était nullement commencé. Ce travail ne se décida que le 16 du même mois : les membranes se rompirent dès les premières douleurs; mais l'orifice, épais et dur, permettait à peine l'introduction du doigt : cependant je parvins à reconnaître la *première position des fesses*, c'est-à-dire, que les lombes étaient en avant et à gauche, etc. Le soir, les douleurs faiblissent et s'éloignent. Je ne voulus point attendre les chances d'un second travail : on a vu, dans le numéro précédent, que ce *travail secondaire* est souvent funeste à l'enfant et à la mère,

surtout quand l'orifice oppose une fâcheuse résistance. En conséquence, une élève (mademoiselle Chastant) fut chargée d'aller prendre les pieds du fœtus. Elle introduisit la main gauche dans le vagin, glissa deux doigts dans l'orifice, puis leur en adjoignit un troisième, puis les deux autres; la main passa bientôt après sans grande difficulté. Les jambes du fœtus étaient relevées au-devant du tronc (pos. diag. secondaire, *voy.* t. II, p. 32 et 39.); la jambe droite fut d'abord saisie et amenée; la gauche fut extraite par une deuxième opération, qui agrandit encore l'orifice. Dès-lors l'extraction fut achevée comme dans les cas où les pieds se présentent d'abord en première position : seulement on fit marcher lentement le fœtus, afin de ne point forcer trop brusquement la résistance de l'orifice. Cet enfant, du sexe masculin, est né mort; il pesait six livres. La mère est sortie bien portante le treizième jour, 29 décembre 1811.

J'ai donné des raisons nombreuses et puissantes contre l'emploi de la dilatation forcée de l'orifice utéro-vaginal, et surtout du col non encore effacé. L'observation qu'on vient de lire semble contradictoire à ce précepte; mais, 1°. c'est surtout contre la dilatation *du col non encore effacé* que j'ai parlé; elle est presqu'impossible et fort dangereuse; 2°. cette défense ne peut s'appliquer aux cas où l'orifice utérin est le siége d'une *rigidité*

morbide, mais seulement à ceux où il n'est point encore devenu naturellement dilatable. Il est bien évident qu'il faut que l'art vienne au secours de la nature quand une rigidité morbide lui oppose une résistance invincible. Cependant j'observe qu'il faut un cas d'urgence *absolue* pour qu'on en vienne à ces moyens violens; car il est rare qu'avec du temps et de la patience (si la femme ou l'enfant ne coure du reste aucun danger) les contractions utérines ne fassent pas céder, du moins à un certain degré, l'orifice le plus rigide.

N° XVIII.

Plusieurs exemples de squirrhe de l'orifice utérin; accouchement spontané.

I. La nommée Scolastique V...l, âgée d'environ trente ans, déjà mère de plusieurs enfans, avait fait en dernier lieu une fausse couche suivie de douleurs fréquentes dans l'abdomen et les aînes et d'irrégularités dans la menstruation. Deux ans après, elle devint encore enceinte. Le 5 messidor an 7, elle se croyait à terme : les premières douleurs furent vives et accompagnées d'une perte assez considérable. Le doigt, introduit dans le vagin, sentait une tumeur inégale, spongieuse, que je pris d'abord pour une portion de placenta, mais que je reconnus bientôt pour appartenir à la partie gauche des bords de l'orifice utéro-vaginal; le côté droit était sain. La perte de sang avait déjà paru plusieurs

fois pendant la grossesse, et il y avait eu continuellement un écoulement de mucus jaunâtre et fétide.

La tête du fœtus était basse, et le travail avançait; mais, vers le soir, les douleurs cessèrent ainsi que l'hémorrhagie. Je fis faire des injections dans le vagin et administrer un bain de siége : malgré l'emploi répété de ces moyens, l'état du col n'en resta pas moins stationnaire pendant trois à quatre jours. Enfin, les douleurs se réveillèrent, les membranes s'ouvrirent, la tête du fœtus pressa vivement l'orifice, dont le bord s'amincit en plusieurs points, et au moment où l'on parlait de l'inciser, la tête le franchit brusquement et sortit peu après ainsi que le reste du corps de l'enfant : il était assez fort, et la mère voulut l'allaiter.

Sans doute il s'était opéré une ou plusieurs déchirures : cependant il ne survint aucun accident grave, et cette femme sortit en assez bon état le neuvième jour. Huit jours après, je la rencontrai, et elle m'assura qu'elle jouissait d'une très-bonne santé.

II. Le 1er thermidor an 10, arriva à l'hospice la nommée Françoise Dav..., parvenue au dernier mois de sa première grossesse ; elle portait aux aînes des pustules qui paraissaient syphilitiques. L'orifice utérin avait des bords si épais que le col ne semblait point effacé ; en outre, ils offraient une dureté squirrheuse. La tête était haute, les douleurs fortes et fixées surtout dans la région lombaire. Les bains, les injections, la saignée ne ramollirent point l'orifice, et ce ne fut que le 3 ther-

midor que l'orifice s'ouvrit amplement par le moyen de trois à quatre fissures, à droite d'abord, puis à gauche et en devant : dès-lors la tête franchit rapidement et le vagin et la vulve. L'enfant pesait cinq livres ; il était dans un état d'asphyxie pléthorique qui fut facilement dissipée. Nul accident ne suivit cet accouchement, du moins pendant les six jours que cette femme passa dans l'hospice.

III. Élisabeth Fauch... avait eu onze enfans, dont le dernier était né cinq ans avant celui dont nous allons parler. Elle avait quarante-deux ans, et sa grossesse actuelle avait été précédée d'une perte qui n'avait cessé qu'après une durée de quatre mois. Vers la fin de la gestation, elle avait ressenti des pesanteurs et des élancemens au col de la matrice. Le 14 septembre 1819, commencement du travail, perte de sang. Le 15, écoulement lent des eaux de l'amnios (membranes rompues au-dessus de l'orifice). Dilatation nulle jusqu'au 18. La lèvre postérieure de l'orifice est squirrheuse, divisée en deux lobes continus, recouverts par la muqueuse, et dont le plus gros égalait le volume d'une noix ; la lèvre antérieure prête seule à la dilatation. L'enfant présente les fesses dans la première position, et sort ainsi spontanément après quatre jours de douleurs et deux heures seulement à dater du commencement de la dilatation. C'était un garçon que sa mère a voulu nourrir. Après l'accouchement, nul accident ; cessation des

douleurs et des élancemens. Quinze jours après, nous n'avons trouvé aucune trace de sensibilité aux organes génitaux; le squirrhe avait la même forme, et l'orifice était resserré; mais ses deux commissures offraient chacune une fissure profonde qui, dirigée en arrière, côtoyait et embrassait la tumeur.

IV. Dans le mois de janvier 1816, L. Han..., resta soixante heures en travail pour cause d'une semblable disposition du col de l'utérus. Ce ne fut qu'après cet espace de temps que trois déchirures spontanées permirent à l'orifice de donner passage à un enfant mâle du poids de trois livres. Cet enfant n'avait que sept mois de vie intra-utérine; il n'a point vécu; il avait offert le vertex dans la deuxième position.

N° XIX.

Trois exemples de squirrhe du col de l'utérus; forceps; incision.

I. Catherine Div...., femme grande et maigre, âgée de trente-quatre ans, était accouchée déjà cinq fois avec beaucoup de facilité. Deux ans après son cinquième accouchement, se déclara une nouvelle grossesse dont les commencemens furent accompagnés de peines morales. Une perte de sang, qui avait commencé deux mois avant, dura jusqu'au sixième de la gestation : plusieurs saignées

la supprimèrent; mais elle reparut à plusieurs reprises dans le huitième mois. On voit que l'époque du sixième mois, *celle du développement du col*, n'a pas augmenté les accidens : c'est qu'en effet cette partie n'avait point cédé, comme nous le verrons tout-à-l'heure. Pendant les trois dernières semaines du neuvième mois, légères douleurs et écoulement d'eau peu abondant. Le 6 mai 1819, douleurs plus vives, écoulement de quelques gouttes de sang. Le toucher fait reconnaître que l'orifice utérin, fort irrégulier, est entouré de quatre à cinq tumeurs dures, lisses mais peu régulièrement disposées; la plus grosse est en arrière. Ces tumeurs, séparées par des intervalles sains, mais, il est vrai, fort étroits, sont un peu mobiles les unes sur les autres. En introduisant le doigt dans l'orifice, on sent le canal du col utérin se rétrécir bientôt et acquérir moins de dureté, mais une dureté plus uniforme : il a près de *deux pouces* de longueur. Au-dessus est la tête du fœtus flottante dans l'eau de l'amnios. Les douleurs occupaient l'abdomen et les lombes; parfois elles s'accompagnaient de ténesmes. Ces douleurs cessèrent et revinrent à plusieurs fois pendant les journées du 6, du 7 et du 8 : la fièvre devint bientôt assez forte et l'abattement considérable. Les bains et les demi-bains, les lavemens ne soulageaient point; et à peine, le 8, le col avait-il diminué d'un demi-pouce; la tête ne pressait pas sur lui davantage. Ce jour-là au soir, des douleurs

plus fortes jettent la malade dans un état d'anxiété, de pâleur, et d'oppression très-alarmant; elle est couverte de sueur; le pouls est fréquent et serré. (*Potion éthérée.*) Le col de l'utérus n'a plus qu'un pouce de longueur; il est plus mou, et les tumeurs sont plus mobiles et plus écartées. Plus tard, l'orifice interne ou cervico-utérin commence à s'ouvrir; les membranes bombent. Le 9 au matin, après un demi-bain, on trouve le col effacé, formant un bord épais de quelques lignes, et laissant libre un intervalle de plus de deux pouces de diamètre. En arrière, on retrouve des tumeurs; en avant seulement quelques inégalités. L'abdomen est douloureux; la malade vomit des matières vertes; elle est pâle et faible. (*Potion vineuse.*) A trois heures, on perce les membranes: les eaux sortent, mais les douleurs sont faibles et la tête n'avance pas. A quatre heures, on applique le forceps sur les côtés du bassin, la tuméfaction de la peau du crâne empêchant d'en reconnaître la position. L'extraction fut facile: l'enfant était mort; l'épiderme même s'enlevait en plusieurs points.

La délivrance fut lente mais facile; une hémorrhagie modérée la suivit; la malade pâlit et s'affaiblit encore mais sans syncopes. Bientôt l'utérus, stimulé par des frictions, se contracte; la perte cesse presqu'entièrement: mais néanmoins le pouls faiblit de plus en plus; la peau se refroidit par degrés, se couvre d'une sueur visqueuse, et Catherine Div... expire le 10, vers trois heures

du matin. Jusqu'aux derniers momens elle avait conservé sa connaissance tout entière.

Examen du cadavre (le 11 mai).

Vieilles adhérences des poumons, sérosité teinte de sang (par transsudation) dans le péricarde; cœur mou; deux taches blanches sur le ventricule gauche. Dans l'abdomen, sérosité trouble et roussâtre; enduit puriforme sur le foie et les autres viscères. Celui-ci volumineux, mou, jaunâtre; vésicule biliaire pleine de calculs; estomac et intestins distendus par des gaz; utérus flasque, mou, large et plat; ovaire gauche livide, fort gros et tout infiltré de sang; le droit, vésiculeux et en forme de grappe serrée, contient aussi un corps d'un gris jaunâtre, plissé, festonné (*corpus luteum*).

Vu à l'intérieur, l'utérus offre en arrière les traces de l'attache du placenta, marquée par les ouvertures des sinus que bouchent de petits caillots; le col, largement ouvert, inégal, offrant divers lambeaux, présente en arrière et à droite un noyau blanchâtre, gros comme une noix et composé d'un tissu fibreux infiltré de pulpe cérébriforme. A gauche et en arrière, un autre squirrhe, tout semblable mais moins volumineux, est séparé du premier par une large déchirure qui, occupant toute l'épaisseur du col, n'a laissé intact que le péritoine; le vagin est aussi un peu entamé. Cette déchirure

a trois pouces de longueur. D'autres déchirures plus petites se voient en devant.

La vessie contient un peu de matière puriforme.

Les veines des ovaires sont fort larges, sans doute parce que cette femme a eu beaucoup d'enfans.

Le bassin est très-bien conformé.

Cette femme, comme on voit, a succombé moins aux déchirures du col qu'à la péritonite et à l'ovarite, qui avaient évidemment précédé l'accouchement, et qu'on peut attribuer à la lenteur et à la difficulté du travail. Quant à l'état de l'utérus, il ne faudrait pas croire qu'il était, pendant la vie, tel que nous l'avons trouvé sur le cadavre. Nous l'avions senti, après l'accouchement, fort bien contracté; mais cette contraction cessant après la mort, il a repris, comme c'est l'ordinaire en pareil cas, la laxité et l'étendue qu'il a dans l'état d'inertie complète.

II. Julie Boss..., femme maigre, pâle et faible, était, comme Cath. Div..., à sa sixième grossesse. Dès le deuxième mois, elle ressentait des douleurs utérines et des élancemens, et depuis le même temps, elle était sujette à un écoulement de matières blanchâtres. Avant la grossesse, elle avait déjà ressenti quelques pesanteurs lorsqu'elle se fatiguait un peu. Au mois d'août 1819, elle était grosse de sept mois, lorsqu'elle arriva à l'hospice. On reconnut que le col de l'utérus, dur, inégal, épais, squirrheux et fermé, était composé d'un

anneau renflé et rétréci par intervalles. Le 21 août, contractions utérines, glaires sanguinolentes; nul changement au col. Même état jusqu'au 24: alors le col est un peu ouvert; les eaux s'écoulent. Le soir, une échancrure se forme en arrière; la femme perd du sang, elle est pâle et faible; la tête de l'enfant est basse.

Le 25 matin, la faiblesse va croissant, les douleurs cessent; l'orifice a deux pouces et demi de diamètre; plusieurs échancrures ou déchirures séparent les renflemens de l'anneau squirrheux. Le forceps fut appliqué, non sans causer beaucoup de douleurs à la mère. L'enfant naquit vivant, mais faible, et tel qu'on devait l'attendre à sept mois et demi de grossesse.

Après la délivrance, qui suivit de près (dix minutes) l'accouchement, nous sentîmes confusément les lambeaux du col, et surtout une profonde fissure en arrière; un peu de sang sortit encore; il se coagulait avec rapidité.

La faiblesse et le spasme qui suivirent cette opération furent tempérés par la joie qu'avait la malade de se sentir enfin délivrée. Bientôt le pouls se releva, la sueur parut, et la santé ne tarda pas à se rétablir. Quelques mois après, nous avons su que cette femme se plaignait encore de douleurs au col de l'utérus. Sans doute le cancer aura continué sa marche.

III. Le 18 novembre 1809, nous eûmes à l'hospice une troisième femme nommée Esther Phul... Cette

femme avait également un squirrhe du col de l'utérus qui, pendant quarante-deux heures, s'opposa à la dilatation de l'orifice. Voyant que l'espérance de cette dilatation ne se faisait même pas entrevoir, j'avertis M. Baudelocque, qui fit pratiquer en notre présence plusieurs *incisions* radiées dans les points où le squirrhe offrait sa moindre épaisseur. Après cette opération, nous profitâmes des passages qu'elle laissait libres pour appliquer le forceps et amener un garçon vivant et du poids de sept livres. Il avait présenté le vertex dans la première position. Les suites de couches n'ont rien offert de remarquable.

N° XX.

Plusieurs exemples d'imperforation apparente de l'orifice utérin; accouchement spontané.

I. La nommée Victoire S..., âgée de vingt-deux ans environ, primipare et arrivée au terme de sa grossesse, ressentit les premières douleurs de l'accouchement dans la nuit du 20 septembre. Elle appela successivement deux accoucheurs, qui, trouvant tous deux le vagin obstrué vers sa partie supérieure par une sorte de cloison membraneuse et épaisse, regardèrent cet obstacle comme une circonstance au-dessus de leurs forces et décidèrent cette femme à se rendre à l'hospice de la Maternité.

Elle y arriva, au milieu des douleurs les plus

violentes, le 20 septembre, à quatre heures de l'après-midi, après un travail de douze heures.

Le doigt, porté dans le vagin, rencontrait, à une profondeur moindre que celle où l'on trouve ordinairement le col de l'utérus, une espèce de cul-de-sac continu dans toute sa circonférence avec les parois du vagin, dont il semblait fermer totalement la partie supérieure. Cet obstacle, bien fait sans doute pour en imposer, avait en effet toutes les apparences d'une membrane accidentelle placée horizontalement, assez épaisse, et offrant au toucher les mêmes caractères que le reste de la membrane vaginale. En repoussant en haut cet obstacle, le doigt sentait facilement, au-dessus de lui, la tête de l'enfant engagée déjà dans le détroit supérieur du bassin. J'ai dit que la surface de cette sorte de cloison horizontale ressemblait parfaitement (au moins à en juger par le tact) au reste de la muqueuse du vagin : cependant, vers le côté droit, elle paraissait plus mince que partout ailleurs et présentait de légères inégalités. Promené sur ces inégalités et poussé avec un léger effort, le bout du doigt sépara assez aisément les bords d'une ouverture qu'effaçaient auparavant des mucosités gélatineuses, et dans laquelle il pénétra sans difficulté. Bientôt cette ouverture s'agrandit et se dilata peu à peu.

Cette ouverture, comme il est facile de le concevoir, n'était autre chose que l'orifice de l'utérus dévié à droite (*quoique le fond de cet organe fût*

incliné du même côté), non encore dilaté, et rempli et comme effacé par du mucus gélatiniforme.

Quant à la prétendue cloison, c'était la partie vaginale du col de l'utérus (museau de tanche) amincie et dilatée par la poche des eaux, et formant une espèce de membrane transversalement placée au fond du vagin. La pression de la tête et des eaux avait aussi ramené le col de l'utérus vers les parties inférieures, et c'est ce qui faisait paraître le vagin plus court et moins profond qu'à l'ordinaire.

La dilatation de l'orifice fut bientôt complète; la poche des eaux ne tarda pas à s'y engager et à se rompre; la tête descendit avec la plus grande facilité, et l'accouchement se termina avec rapidité.

Outre la disposition très-remarquable du col de l'utérus, on voit encore ici un exemple de *flexion* de ce viscère, puisque le fond et le col étaient tous deux déviés du même côté.

II (1). Dans l'année 1821, une femme enceinte de sept mois se présenta à l'hospice pour y être admise. Le fond du vagin paraissait obturé et sans orifice : cependant j'y trouvai une dépression légère, et je pensai que la cavité de l'orifice était comblée par le mucus tenace et gélatineux qui s'y trouve d'ordinaire, et qu'ainsi était effacée la saillie des lèvres du col.

---

(1) Observation de l'Éditeur.

Arrivée au terme de neuf mois, cette femme fut prise de violentes douleurs accompagnées d'un écoulement copieux de mucosités sanguinolentes, et peu après elle accoucha très-naturellement. Cette femme avait eu déjà plusieurs enfans.

III (1). A-peu-près dans le même temps, une autre femme, touchée avant le travail, avait offert, au fond du vagin, des brides irrégulières et molles qui semblaient boucher ou plutôt masquer l'orifice utérin. Les douleurs étant devenues plus fortes, et le travail paraissant s'avancer, on la toucha de nouveau : au premier abord on crut sentir que le col de l'utérus était aminci, dilaté en forme de poche et sans ouverture ; la déchirure de cette poche apprit à l'instant même qu'elle n'était due qu'aux membranes du fœtus un peu plus épaisses que de coutume. Ces membranes avaient, non-seulement ouvert et dilaté, mais encore dépassé l'orifice. Sans doute un mucus visqueux, mastiquant, pour ainsi dire, quelques replis de la membrane du vagin, avait caché d'abord cet orifice à nos recherches.

J'ai parlé, dans le texte, des diverses apparences qu'offre parfois l'orifice utérin : il en est une que j'ai plusieurs fois rencontrée (2), et qui pourrait quelquefois embarrasser des personnes peu exercées

(1) Observation de l'Éditeur.

(2) *Item.*

au toucher. Cet orifice se présente alors au-devant des parois du col, de telle sorte que la lèvre postérieure, épaisse, saillante, placée plus bas que l'antérieure, efface celle-ci et la couvre comme la valvule du trou de Botal en couvre la circonférence. On ne peut pénétrer dans l'utérus qu'en glissant obliquement entre les deux lèvres de cet orifice, et alors on peut ordinairement sans peine remettre l'antérieure au niveau de la postérieure. Il semble que cette disposition soit due à une légère déviation en devant de l'orifice utéro-vaginal, et à la pression que la tête du fœtus exerce alors sur la paroi postérieure du col. C'est précisément le contraire de ce qui arrive quand cette ouverture est déviée en arrière. Sans doute alors les deux lèvres prennent une disposition analogue mais inverse, et cette disposition augmente naturellement encore les difficultés qu'oppose par elle-même la déviation à l'introduction du doigt dans l'utérus.

N° XXI.

Plusieurs exemples de tumeurs (tumeurs fibreuses, squirrhes, kystes, cystocèle) au voisinage de l'orifice utérin ; accouchement spontané.

I. Le 8 février 1813, nous reçûmes à l'hospice une femme de forte constitution, et enceinte de sept mois : depuis huit jours elle avait cessé de sentir les mouvemens de son enfant, et elle attribuait sa mort présumée à une chute qu'elle avait faite

alors. Cette femme avait déjà senti des douleurs à diverses reprises; mais, à son arrivée, elles étaient plus fortes et occupaient l'abdomen et les lombes. Le col de la matrice était effacé; son orifice avait un pouce de diamètre; mais il était dévié par une tumeur que l'on sentait également à travers les parois du vagin et celles de la matrice, hors de laquelle elle siégeait évidemment. Cette tumeur paraissait renfermée dans les parois latérales et postérieures du col utérin; elle avait la grosseur de la tête d'un fœtus à terme, et aurait pu d'autant mieux en imposer à une personne inattentive, qu'on y sentait une dépression semblable à une fontanelle. L'excavation du bassin en était presque totalement obstruée; mais au-dessus on sentait une poche membraneuse qui devait contenir un enfant. La rupture de cette poche, qui était comprimée et repoussée en devant, nous donna bientôt la certitude de l'existence d'un fœtus qui, heureusement fort petit (8 mois) et mort depuis long-temps, put s'aplatir et passer, sous l'influence des contractions utérines, à travers l'étroit passage qui restait libre.

Cette opération naturelle s'effectua le 10 février dans l'après-midi. La femme cessa dès-lors de souffrir; elle se rétablit parfaitement et sortit de l'hospice avec sa tumeur, qui, sans doute, était du genre des excroissances fibreuses ou albuginées. L'analogie nous porte à le croire : en effet, quelques années avant, nous avions extrait un enfant retenu

par une semblable tumeur, et la femme ayant succombé aux suites d'un travail long et pénible, nous découvrîmes l'existence d'une tumeur dure, et d'un tissu fibro-cartilagineux, développée dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de l'orifice utérin.

II. R. D., âgée de trente-six ans, et d'une constitution faible, était accouchée naturellement de son cinquième enfant. Le cinquième jour de cette couche, une tumeur de la grosseur d'un œuf se développa au-dessus de la région iliaque droite, non sans de vives douleurs. Deux ans après, elle devint enceinte pour la sixième fois, et sa grossesse fut pénible. Le 20 avril 1810, elle était arrivée au septième mois quand elle entra à l'hospice. Les jambes étaient infiltrées, le pouls très-faible; l'abdomen semblait divisé en trois tumeurs, dont l'une était formée par l'utérus, et la deuxième par le foie considérablement engorgé; la troisième, placée plus bas et à droite, était d'une nature inconnue. Le doigt, glissé dans le vagin, sentait derrière le col de l'utérus une quatrième tumeur qui appuyait transversalement sur la base du sacrum.

Le jour suivant, l'état fâcheux de la malade continua de s'aggraver; l'infiltration gagna les cuisses et les hanches; la respiration était laborieuse, les urines rares, et les forces baissaient de jour en jour.

Le 12 mai, cette femme s'enivre en cachette: aussitôt agitation extrême, puis faiblesse excessive, pouls presqu'insensible, peau froide et mar-

brée. L'orifice utérin commençait à s'ouvrir, quoique le col ne fût pas effacé complètement. Le soir, la dilatation était complète, quoique la femme n'eût donné aucun témoignage de douleurs. Je rompis les membranes, et à l'instant l'enfant, suivi du placenta, s'échappa au dehors. Le premier paraissait mort depuis peu; il pesait trois livres et demie. L'utérus se resserra aussitôt; mais l'abdomen resta volumineux et inégal comme auparavant.

L'agitation et le délire reparurent encore, puis firent place à un anéantissement, avec *stertor* et sueurs froides, qui fit périr la malade cinq heures et demie après son accouchement.

Examen anatomique.

Voûte du diaphragme élevée jusqu'à l'intervalle de la troisième et de la quatrième vraie côte; un peu de sérosité sanguinolente dans les plèvres; foie adhérent au diaphragme. Ce viscère était fort volumineux, et le rein droit ne l'était pas moins; tous deux ensemble pesaient seize livres six onces. Les deux ovaires étaient également tuméfiés, le gauche surtout. Le premier occupait toute la fosse iliaque droite; le second était divisé en deux portions, dont l'une, descendue dans la courbure du sacrum, repoussait en devant la matrice. Les deux ovaires avec l'utérus pesaient quatre livres treize onces.

On conçoit facilement la tendance que doivent

avoir les ovaires tuméfiés, quand ils sont libres d'adhérence, à descendre derrière l'utérus. Nous avons dit ailleurs que c'est à cette tendance qu'il faut attribuer le grand nombre de grossesses extra-utérines *pelviennes* que l'on a observées, et auxquelles se rapportent tous les exemples d'accouchemens par l'anus, du moins de ces accouchemens d'enfans putréfiés et en lambeaux. Voici un fait qui prouve encore cette tendance, et qui est intéressant par l'analogie qu'il offre avec les cas dont je parle.

III. (1) Dans le mois d'août 1821, j'ouvris le cadavre d'une vieille femme morte à l'hospice de la Salpêtrière : elle pouvait avoir soixante-quinze ans. Les parois du ventre, flasques et ridées, indiquaient qu'elle avait eu autrefois des enfans. L'abdomen contenait un peu de sérosité jaunâtre et limpide. Dans l'hypogastre j'aperçus d'abord une tumeur comme squirrheuse et pédiculée, laquelle semblait tenir au fond de la vessie, qui paraissait distendue par de l'urine. Je cherchai vainement l'utérus ; mais dans ces recherches je fis sortir de l'excavation un kyste qui la remplissait en totalité. Ce kyste séreux, que j'avais pris pour la vessie, était formé par l'*ovaire gauche;* glissé derrière la matrice, il l'avait chassée du bassin en allongeant considérablement son col ; ce col adhérait à la paroi postérieure de la vessie, qui était vide et aplatie.

(1) Observation de l'Éditeur.

Quant au corps de l'utérus, c'était lui que j'avais pris pour un squirrhe pédiculé, et cette apparence était due à une tumeur albuginée formée dans l'épaisseur de la paroi antérieure.

Nul doute que si cette femme, dans un âge moins avancé, avait porté cette même maladie, et qu'elle fût devenue enceinte, nul doute, dis-je, qu'elle n'eût éprouvé les plus grandes difficultés dans le travail de l'accouchement : l'utérus, repoussé au-dessus du détroit supérieur, s'y serait développé, et le kyste aurait arrêté le fœtus au passage : la ponction serait restée le seul moyen d'y remédier. Nous trouverons quelque chose d'analogue dans le numéro suivant.

IV. A ces observations j'en vais joindre deux destinées à éveiller l'attention des élèves sur le diagnostic des tumeurs fibreuses et des kystes.

Dans le cours de l'année 1819 (1), une femme de vingt-deux ans environ, fortement et universellement infiltrée, venait d'accoucher naturellement d'un enfant bien portant, lorsque les élèves vinrent m'avertir qu'on trouvait devant le col de l'utérus une tumeur sans doute fibreuse, dont, pendant le travail, on n'avait pas soupçonné l'existence.

Je touchai à mon tour, et je sentis effectivement, à travers les parois du vagin et au-devant de l'orifice utérin, une tumeur assez molle, mais large et arrondie, qui me donna plutôt l'idée d'une

(1) Observation de l'Éditeur.

anté-version ; mais on sentait librement le fond de l'utérus dans l'hypogastre. D'un autre côté, la vessie était vide, et d'ailleurs la tumeur n'offrait point de fluctuation : je finis donc par me ranger à l'opinion générale. Cependant cette femme s'infiltra de plus en plus, et succomba au bout de quelques jours. On chercha alors la tumeur fibreuse, mais en vain. L'utérus était parfaitement sain, mais mollasse, et sa paroi antérieure avait encore une grande propension à se plier en devant et en bas : sans doute c'était ce pli qui nous en avait imposé.

V (1). Le 11 juillet 1821, entra à l'hospice une femme âgée de vingt-un ans environ, enceinte pour la deuxième fois et à terme. Le travail commençait à peine. La première chose qui nous frappa en l'examinant fut une tumeur pédiculée, du volume d'un œuf, qui, sortant un peu de la vulve, paraissait attachée à la paroi antérieure et droite du vagin, vers le milieu de sa hauteur. Le pédicule avait environ un pouce et demi d'épaisseur, et la tumeur contenait un liquide qu'on pouvait repousser en totalité à travers le pédicule ; alors on sentait une ouverture à bords épais, et qui me parut communiquer avec la vessie. En effet, au rapport de la femme, la tumeur augmentait par la station directe ; souvent elle disparaissait par l'émission naturelle de l'urine, et rentrait con-

(1) Observation de l'Éditeur.

stamment lors de l'application d'un bain froid. Les douleurs utérines augmentaient le volume de cette hernie vésicale, et la tête, en descendant, la poussait vers l'extérieur et la tendait fortement. Je la réduisis après avoir vidé la vessie à l'aide de la sonde, et je recommandai aux élèves de la soutenir avec deux doigts pendant chaque contraction de la matrice. Mon but était de prévenir la rupture du sac; et en effet la tête franchit sans danger le passage, et maintint elle-même la hernie jusqu'à la terminaison de l'accouchement, qui fut simple et naturelle. Une légère perte avec inertie utérine, due sans doute à la lenteur du travail (dix-huit heures), fut, avec quelques lipothymies, le seul accident qui survint après l'accouchement.

Pendant tout le temps de son séjour au lit, cette femme sentit à peine sa tumeur; et celle-ci n'était point visible au dehors. Je lui conseillai de porter dans le vagin une éponge en forme de bondon pour la maintenir et en empêcher l'accroissement.

Cette hernie vésicale existait depuis deux ans; elle avait paru, sans efforts et sans cause connue, neuf semaines après le premier accouchement: d'abord fort petite, elle avait acquis graduellement le volume que nous lui avons assigné.

N° XXII.

Tumeur recto-vaginale; incision; version du fœtus; mort de la mère.

Amélie Mes..., âgée de vingt-cinq ans, accoucha naturellement, et devint enceinte deux ans après. Dès le commencement de cette deuxième grossesse, elle était souffrante, maigre et pâle, sujette à des douleurs abdominales et lombaires, à des insomnies, à de fréquentes épistaxis; elle se plaignait en outre d'une anorexie et d'une fièvre continue accompagnée d'un froid constant aux cuisses, dépendant sans doute de la compression des nerfs sacrés. Elle entra à l'hospice le 21 mars 1820, se croyant enceinte de huit mois, car ses règles manquaient depuis cette époque, et elle n'avait eu aucune perte de sang ni d'autre liquide. Elle sentait (mais seulement depuis trois semaines d'une manière évidente) les mouvemens de son enfant, et nous-mêmes nous les sentions aussi très-distinctement.

En portant le doigt dans le vagin, nous sentîmes toute l'excavation pelvienne remplie par une tumeur qui descendait jusqu'à la vulve. Cette tumeur, généralement rénitente, se tend davantage, ainsi que l'abdomen, dans le moment où les douleurs sont plus fortes; irrégulièrement arrondie, elle offre, à sa partie la plus déclive, une saillie conique, dont les parois, plus minces, permettent de sentir

une fluctuation sourde. Amélie Mes... dit y ressentir parfois des mouvemens ; elle urine avec difficulté, mais rend aisément les matières fécales. En explorant la surface de la tumeur, on trouva qu'elle paraissait développée entre le vagin et le rectum, de sorte qu'en arrière le doigt était arrêté fort près du périnée, tandis qu'en avant il pouvait pénétrer dans le vagin malgré son aplatissement, et arriver jusqu'aux lèvres, également aplaties, de l'orifice de l'utérus. En introduisant le doigt dans le rectum, on sentit la face postérieure de cette tumeur sans y rien distinguer davantage. Elle était insensible à la pression, quoique le vagin fût presque partout douloureux.

L'abdomen, tuméfié jusque dans l'épigastre, offrait vers son milieu des duretés inégales ; ses veines sous-cutanées étaient très-apparentes et la peau lisse et luisante.

La malade avait pris sans soulagement un grand nombre de bains.

Cet état de choses nous fit d'abord présumer l'existence d'une grossesse extra-utérine. La disposition apparente était en effet presque la même que chez cette femme dont M. Baudelocque a rapporté l'histoire, et que nous avions observée ensemble à l'hospice. Pendant les jours suivans, douleurs passagères, vertiges, globe hystérique avec sentiment de strangulation, tension et sensibilité de l'abdomen.

Le 15 avril, les professeurs Dubois, Chaussier

et Béclard sont consultés, et leur avis est d'attendre encore. La femme était alors dans son neuvième mois.

Le 22, douleurs expultrices très-fortes; la tumeur fait saillie hors de la vulve. L'enfant se meut comme de coutume. Le rectum fournit un écoulement muqueux et sanguinolent; en même temps, fièvre, pâleur, faiblesse, rétention d'urine.

Le 23, les douleurs continuent. On décide qu'on ouvrira la tumeur du côté du vagin. Elle est ouverte à dix heures du matin par une incision longitudinale : beaucoup d'eau s'échappe à l'instant, et l'on ne sent plus qu'une cavité sans issue; mais on peut alors arriver aisément jusqu'à l'orifice utérin, qu'on trouve déjà un peu ouvert et permettant de sentir la poche membraneuse. La femme est soulagée; le travail marche, et le soir la dilatation est complète, mais la tête est fort haute. Je me décidai alors à terminer l'accouchement sans plus attendre; j'introduisis donc la main droite entre les membranes et la paroi postérieure de l'utérus : je rencontrai le placenta et rompis alors le chorion et l'amnios; puis je saisis le pied droit de l'enfant et l'amenai dans le vagin. Une grande quantité d'eau sanguinolente sortit alors et entraîna la tête : il fallut aller chercher l'autre pied : cette recherche fut difficile à cause de l'abaissement de la tête, de la présence des restes de la tumeur et de la contraction de la matrice. La jambe gauche était sous les pubis : c'est sur elle qu'on tira princi-

palement, en même temps qu'on soutenait de la main les parois abdominales du côté de la région iliaque droite, lieu où la tête devait passer lors du pelotonnement : en effet, on la sentit remonter vers le fond de la matrice. Les fesses sortirent sans peine, le sacrum en avant et à gauche; le thorax suivit la même direction; mais la tumeur, quoique affaissée, arrêta la tête et les bras de l'enfant. Je fus forcée d'aller chercher les bras à une grande hauteur, et de les abaisser avec précaution. Le gauche, tourné en avant, croisait l'occiput; il fut tiré en arrière et descendit le long du dos. La tête restait seule; la face était tournée vers la symphyse sacro-iliaque droite. Deux doigts de la main gauche furent mis dans la bouche; la main droite appuya sur les épaules, et un aide tirait sur les hanches. Un craquement se fit sentir, et les vertèbres du cou se séparèrent de l'occipital sans déchirement des parties molles. Cet accident était peu important : la flaccidité et l'immobilité du cordon nous avaient confirmé la mort du fœtus, que la mère ne sentait plus remuer depuis le matin. Le crochet mousse du forceps remplaça les doigts placés dans la bouche; mais il fractura la mâchoire et déchira les lèvres sans faire descendre la tête. Une personne (1) plus robuste que moi se chargea alors d'aller accrocher les orbites avec l'indicateur et le médius de la main gauche : de cette manière on

(1) L'Éditeur.

amena la face dans la courbure du sacrum, et peu après la tête fut hors de la vulve.

Après l'accouchement, du sang s'écoule en quantité notable, puis s'arrête spontanément. La délivrance est ensuite opérée à dix heures moins un quart, c'est-à-dire un quart d'heure après l'accouchement.

Le ventre reste dur et inégal; vers l'ombilic surtout on sent une saillie transversale.

Le 24, abattement, engourdissement de la tête, pâleur extrême, altération des traits, froid général, pouls très-petit, très-dur et très-fréquent. (*Potion tonique, eau vineuse, tilleul*). Le soir, perte de connaissance, plaintes inarticulées; mort dans la nuit.

Examen du cadavre (le 26 à huit heures du matin.)

Pâleur et maigreur générales; sérosité rouge dans les deux plèvres et un peu dans le péricarde. Quelques taches blanches sur le cœur; un gros ganglion tuberculeux et mélanosé sous la première pièce du sternum et à droite; un autre plus petit au-devant de l'insertion du diaphragme; matière semblable vers le centre gauche de cette cloison. Anciennes adhérences du foie au diaphragme; et adhérences aussi anciennes de l'épiploon avec la paroi antérieure de l'abdomen. Ces adhérences disséquées laissent voir, 1° l'épiploon fortement adhérent

à la face antérieure de l'utérus, engorgé dans cet endroit et farci d'un mélange de matière squirrheuse et de pulpe tuberculeuse et mélanique.

2°. L'utérus très-volumineux, montant jusque vers l'ombilic, large, épais de plus d'un pouce dans chacune de ses parois, qui toutes sont dures, mais sans altération organique. Il est couvert en devant par la vessie, dont le sommet adhère à la tumeur épiploïque; en arrière, par le colon iliaque et le rectum fortement adhérens et parsemés de matière tuberculeuse et mélanique. L'orifice utérin est intact; l'insertion du placenta a laissé ses traces en haut et en arrière; les trompes et les ovaires sont perdus dans les adhérences du colon et de l'épiploon; une partie de l'iléon est aussi adhérente.

3°. En fendant le devant du vagin, après ablation des pubis, on voit la tumeur principale réduite au volume du poing, fendue de haut en bas par une incision de deux pouces et demi de longueur. Sa cavité, inégale, parsemée de demi-cloisons et de lambeaux, contient du sang coagulé; elle remonte de chaque côté jusqu'au détroit abdominal du bassin, entre le vagin et le rectum, qui, tous deux, lui sont intimement unis. Les parois, épaisses d'un demi-pouce en avant, sont plus minces en arrière; leur tissu, confondu avec celui des deux canaux qui le touchent, est presque semblable à celui de l'utérus en vacuité, mais plus mou.

4°. La symphyse pubienne est mobile, et les

uretères ont jusqu'à trois lignes de diamètre; ils sont remplis d'urine.

Cette longue observation pourrait fournir de nombreuses remarques; mais la plupart ne seraient que des répétitions de principes déjà énoncés: nous nous bornerons donc à quelques notes de peu d'étendue. Remarquez d'abord que cette grossesse pénible est survenue deux ans après une autre moins défavorable. On a pu voir, dans la plus grande partie des observations qui précèdent, que les sujets qui nous ont présenté des altérations organiques avaient déjà eu plusieurs enfans; et cet intervalle de deux années s'est également rencontré dans la plupart de ces observations : je ne sais cependant si l'on peut trouver dans cette dernière conformité autre chose qu'une coïncidence fortuite.

En second lieu, observons que le parti que l'on a pris d'inciser la tumeur était, dans tous les cas, le plus sage : il a réussi souvent pour des kystes semblables à celui-ci (*voyez* le Mémoire cité de M. Béclard), et il convenait seul encore dans le cas où l'on aurait eu affaire à une grossesse extra-utérine; car, quand même l'enfant n'aurait pu être extrait par cette ouverture, quand même la gastrotomie eût été nécessaire, cette incision, placée au bas de l'abdomen, aurait toujours été d'une grande utilité pour l'écoulement des débris qu'aurait pu contenir ou fournir encore le kyste après l'extraction de l'enfant.

Je ne ferai que fixer l'attention du lecteur sur la manière dont a été dégagé le bras gauche, et je le renverrai, pour plus amples détails, à une longue note du premier volume.

Enfin je renverrai encore au deuxième volume pour l'adhérence de l'épiploon à l'utérus, adhérence qui pourrait bien avoir été cause de l'hémorrhagie qui suivit l'accouchement, en s'opposant à la parfaite constriction de la matrice et à sa réduction dans l'hypogastre.

N° XXIII.

Brides et cicatrices de la vulve et du vagin; plusieurs exemples.

I. Une femme forte et bilieuse, âgée de quarante-deux ans, enceinte pour la quatrième fois et à terme, arriva à la salle d'accouchement, le 10 décembre à cinq heures, ressentant les premières douleurs du travail puerpéral. Avant ce moment, on avait reconnu, dans le fond du vagin, des cicatrices qui semblaient oblitérer l'orifice externe de l'utérus; la lèvre antérieure seule était saillante et distincte : ces cicatrices dépendaient sans doute de la séparation d'escarres gangréneuses formées dans le précédent accouchement. Cet accouchement, et probablement les deux autres, avaient été rendus difficiles par une autre disposition morbide que nous reconnûmes aussi : c'était un resserrement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur du bassin.

A l'arrivée de cette femme, je la fis mettre au bain; lorsqu'elle en sortit, les eaux de l'amnios s'écoulèrent goutte à goutte sans qu'on pût découvrir aucune ouverture sensible au fond du vagin; l'eau semblait se filtrer entre les inégalités de la cicatrice, dont un point en particulier semblait fort mince. Cette remarque m'engagea à entamer avec l'ongle cette portion amincie : j'obtins ainsi une ouverture qui donna passage à un flot d'eau et s'agrandit peu à peu, quoique d'une manière irrégulière, sous l'influence de douleurs plus énergiques. La tête du fœtus ne franchit cet orifice inégal que le 11 décembre à midi, dix-huit heures après le commencement du travail. Dès-lors tout s'arrêta. Le resserrement du bassin s'opposait à des progrès ultérieurs; la femme était d'ailleurs épuisée : en conséquence, nous eûmes recours à l'application du forceps. Les cuillers furent placées sur les côtés du bassin; après quoi l'accouchement fut terminé avec beaucoup de facilité.

L'enfant naquit faible et périt une heure après sa naissance. La mère souffrit peu dans les premiers momens; mais, dès le deuxième jour, elle fut prise d'une métrite qui céda, après dix à douze jours de durée, au traitement anti-phlogistique. La fétidité des lochies fut dissipée par l'emploi des injections.

II. G. Mas... accoucha naturellement à l'hospice, le 27 janvier 1818, d'un garçon du poids de cinq livres, vivant, bien portant, et qui avait présenté

la tête dans la première position du vertex. Le travail dura six heures. Il avait été un instant entravé par la présence d'une membrane semi-lunaire et transversale, dont le bord convexe adhérait à la moitié antérieure du vagin, vers la partie moyenne de ce canal. La tête, en pressant sur cette membrane, dont l'épaisseur était d'une ligne environ, la rompit et la réduisit à la forme d'un bourrelet qu'elle franchit avec facilité.

III. Dans le mois de mars 1821, je reçus à l'hospice une femme en travail, qui portait au milieu du vagin une membrane de même forme et de même consistance; mais son bord adhérent était à gauche et non en devant; de sorte qu'elle n'obstruait que la moitié gauche du canal. Il en fut de celle-ci comme de la précédente : la tête la distendit, s'en couvrit comme d'une coiffe, puis, au moyen d'une forte contraction utérine, la rompit et passa outre.

Ces deux membranes occupaient le milieu du vagin pris dans sa hauteur : on ne pouvait donc pas les prendre pour l'hymen, ou pour un reste de cette membrane. Il n'en était pas ainsi du fait suivant, que nous décrirons d'une manière plus détaillée. Les auteurs en rapportent divers exemples, et l'ouvrage de Baudelocque en contient un très-remarquable.

IV. M..., âgée de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, cinq jours chaque fois.

Enceinte pour la première fois, et ayant joui d'une bonne santé pendant la gestation, cette femme entra à l'hospice le 12 juin à cinq heures du matin. Les douleurs duraient depuis quinze heures, et il y en avait cinq à six, au rapport de la malade, que les eaux s'écoulaient.

On procéda au toucher : une membrane jouissant d'un certain degré d'extensibilité obstruait l'entrée du vagin. On pouvait cependant distinguer à travers son épaisseur la tête de l'enfant, et même l'orifice de la matrice déjà dilaté et très-souple, quoiqu'encore assez épais.

Cette membrane présentait au-dessous du méat urinaire une petite ouverture; la sonde que l'on y introduisit traversait obliquement l'épaisseur de la membrane et pénétrait dans le vagin. On pouvait expliquer par là la facilité de la fécondation de l'écoulement des règles et des eaux de l'amnios.

La dilatation continua de s'opérer; la tête franchit l'orifice et s'avança vers la vulve en distendant violemment l'hymen et le périnée; en outre, dans les efforts expulsifs, l'anus se dilatait considérablement, et menaçait de donner passage à l'enfant. On se décida donc à inciser la membrane qui mettait obstacle à l'accouchement. Pour cela, une sonde cannelée fut introduite dans l'ouverture et l'incision faite avec des ciseaux.

L'enfant sortit peu après; le périnée n'avait éprouvé aucune altération remarquable. Le lendemain, les parties génitales ne présentaient que la

tuméfaction qui suit ordinairement les premiers accouchemens.

Cette femme partit furtivement le quatrième jour de sa couche.

V. Pour compléter la collection des faits qui ont trait aux divers obstacles opposés à l'accouchement par les parties molles de la femme, je terminerai par une note extraite de mes registres, et relative à l'étroitesse de la vulve. On sait que cette ouverture est souvent, lors d'un premier accouchement, si étroite qu'elle retarde beaucoup la terminaison du travail ; mais cette étroitesse naturelle finit toujours par céder aux efforts de la tête du fœtus et par se dilater ; il n'en est pas de même des cas où ce rétrécissement est l'effet d'une cicatrice occasionée par une plaie avec perte de substance.

Tel était le cas d'une négresse native d'Afrique, et nommée Rakmé, qui accoucha à l'hospice, le 17 brumaire an 12, d'une fille du poids de six livres et présentant le vertex dans la première position. Le travail durait depuis douze heures lorsqu'on s'aperçut que l'étroitesse excessive de la vulve et sa rigidité s'opposaient seules à l'accouchement. Cette femme avait souffert dans son pays natal une sorte de circoncision ou d'excision totale non-seulement des nymphes, mais encore des grandes lèvres : il fallut se décider à faire au bord postérieur de cette ouverture une incision qui lui donna une étendue suffisante pour permettre le passage de la tête, qui s'échappa dans l'instant.

XIe MÉMOIRE.

Obstacles dus au bassin.

PROLÉGOMÈNES.

L'une des sources les plus abondantes et les mieux connues des difficultés que rencontre souvent la nature dans l'exercice des fonctions puerpérales est sans contredit la déformation du bassin. Ces difficultés sont celles dont le mécanisme est le plus facile à concevoir, dont la cause est le plus facile à connaître : aussi les exemples en sont-ils singulièrement multipliés dans les auteurs anciens et modernes. C'est aux vices du bassin et à l'inertie utérine que doivent être rapportés presque tous les faits connus sous le titre d'*enclavement*, surtout chez les anciens auteurs, qui, sans doute, n'admettaient point, comme les modernes, cet enclavement dans lequel la tête ne peut ni avancer ni rétrograder. J'ai dit, dans le premier volume, que je ne pouvais admettre d'enclavement de ce genre, et je rejetterais surtout certaines variétés (tête transversale) que nos contemporains regardent comme possibles.

Si l'on voulait faire l'histoire de toutes les variétés que peut offrir la conformation vicieuse du

bassin, en peser successivement les causes spéciales, les conséquences, et établir avec détail les indications qu'elles présentent, un volume entier suffirait à peine à ce travail; mais nous pouvons réduire d'abord à trois chefs principaux cette nombreuse catégorie de vices de conformation; savoir, ceux du détroit inférieur, ceux de l'excavation pelvienne, et ceux du détroit supérieur ou abdominal : ce dernier, formant la première entrée du bassin, en est par conséquent la partie la plus essentielle; en outre, la plupart des vices de l'excavation ou du détroit inférieur ne sont que des dépendances de ceux du détroit abdominal. C'est donc sur ce détroit que je dois spécialement appeler l'attention des élèves, et c'est sur lui que roulera principalement ce Mémoire : je me contenterai seulement de quelques mots sur les deux autres genres de déformation.

1°. *Le détroit inférieur* est rarement vicié isolément; son étroitesse transversale est ordinairement liée à un resserrement antéro-postérieur du détroit abdominal, et la brièveté de son diamètre coccy-pubien tient, pour l'ordinaire, à l'allongement du détroit supérieur dans le même sens (Levret et autres). L'épine sciatique rétrécit, dit-on, quelquefois par son prolongement les diamètres obliques de ce détroit, et l'on a été jusqu'à dire que cette épine s'enfonçait dans les fontanelles. A part une seule fois, je n'ai jamais rien observé de semblable, et je pense que, dans la plupart des cas

où l'on attribuait la lenteur du travail à un vice isolé du détroit périnéal du bassin, à l'ossification du coccyx (1), etc., cette lenteur tenait plutôt à l'inertie de l'utérus ou à l'étroitesse de la vulve.

Je ferai remarquer encore que rien n'est plus facile que de prendre le change sur ce sujet. Bien des fois mes élèves se sont étonnées de la facilité avec laquelle je faisais disparaître de prétendus rétrécissemens antéro-postérieurs du détroit périnéal. Qu'une femme tienne les épaules et le thorax élevés quand on la touche, qu'elle enfonce les fesses dans un lit trop peu résistant, et le doigt de l'explorateur se sentira pressé par le bord de l'arcade pubienne, comme si les pubis étaient réellement aplatis et déjetés vers le coccyx. Faites coucher la femme à plat, faites-lui soulever le bassin, et l'entrée du détroit deviendra tout-à-fait libre. Cet effet tient à la direction de l'axe de ce détroit, et rien n'est plus aisé que de s'en rendre raison en y réfléchissant un instant. J'ai accouché, sans la moindre difficulté, une dame dont le mari avait conçu de grandes inquiétudes sur sa conformation, qui, disait-il, ne ressemblait point à celle des autres femmes avec lesquelles il avait eu des rapports : la disposition que je viens de mentionner était la seule cause de ses alarmes.

2°. On a vu souvent l'*excavation du bassin* ré-

(1) Smellie a vu deux fois le coccyx ossifié sans que le travail eût été gêné en aucune manière. (T. II, p. 7.)

trécie par des exostoses (1), par la saillie du fond de l'une des cavités cotyloïdes, etc.; mais le plus souvent c'est à la rectitude du sacrum qu'est due la diminution de la cavité pelvienne. M. Desormeaux fait voir dans ses cours un bassin dont le sacrum est droit et l'excavation presque conique; j'en possède un de même forme quant au sacrum, mais dont le détroit inférieur est moins rétréci. Le plus souvent, ces déformations, comme celles du détroit périnéal, se lient avec les vices du détroit supérieur, dont nous allons nous occuper un peu plus longuement.

---

(1) *Voy.* les planches du *Mémorial de* madame Boivin; Plessman, *Med. puerp.*, pag. 103; Thierry, *in Thesauro Sandif.*, tom. III, pag. 201; Ramsbotham, obs. 60. L'observation de Plessman est au moins fort extraordinaire : il assure avoir détruit par le feu une exostose qui, née du milieu du sacrum, faisait saillie dans le vagin; il ne parle pas du rectum. L'observation de Thierry a trait à un cas tout semblable, à l'exception de la cautérisation; il fallut perforer le crâne, et le vagin fut rompu : la femme mourut le lendemain. Drew a rapporté un fait bien plus extraordinaire (*Annales litt. méd. étr.*, t. VI, p. 540). Une tumeur adhérente à l'intérieur du bassin fut découverte, disséquée, réséquée et extraite par une incision faite au côté droit du périnée. Elle avait quatorze pouces de circonférence. Cette opération fut suivie de l'extraction d'un enfant vivant à l'aide du forceps : la mère a guéri. Un *ostéo-stéatome* semblable a nécessité l'opération césarienne dans un cas cité d'après Stark par Voigtel. (*Semiol. obst.*, pag. 55, note *e*.)

ARTICLE PREMIER.

Division.

Les vices du détroit supérieur se rapportent, 1°. à la grandeur, 2°. à la forme, 3°. à la direction.

§ Ier. *La grandeur* de ce détroit varie naturellement suivant l'âge, la taille et le sexe de l'individu auquel il appartient. On sait quelle énorme différence il existe, pour la grandeur proportionnelle du bassin, entre l'enfant et l'adulte. On sait aussi que, jusqu'à la puberté, le bassin de la jeune fille ressemble fort à celui du garçon; mais qu'alors il prend l'ampleur nécessaire à l'accouchement naturel. Enfin, c'est aussi une chose bien connue que la petitesse du bassin de l'homme adulte comparé à celui de la femme bien conformée; mais cette cavité osseuse est souvent singulièrement rétrécie. Rarement elle l'est dans tous les diamètres du détroit supérieur, et il est même ordinaire de voir un des diamètres s'accroître de l'étendue qui manque à l'autre; de sorte que le développement du contour de ce détroit reste toujours à-peu-près le même. Aussi n'est-il aucune méthode plus défectueuse que celle d'estimer la grandeur du détroit par le développement de sa circonférence.

J'avertis ici que toutes les fois qu'il sera désormais question de la difformité d'un diamètre quel-

conque, c'est en moins et non en plus qu'il faudra l'entendre. En effet, quoi qu'on ait pu dire des désavantages offerts par un bassin trop large, je crois qu'il en est peu de réels, et que la plupart sont imaginaires.

§ II. *La forme* du bassin varie également suivant l'âge et le sexe : allongé de haut en bas, étroit et conique dans l'enfant; encore allongé et comprimé latéralement dans l'homme, de manière à offrir des hanches plus étroites que les épaules, une arcade pubienne anguleuse, un sacrum étroit et presque droit, un détroit supérieur ovalaire, et dont la plus grande étendue est antéro-postérieure; le bassin est au contraire large, court et évasé dans la femme; les hanches sont plus larges que le thorax; l'arcade pubienne est cintrée et présente des bords renversés en avant; le sacrum, large et concave, donne aux fesses plus de saillie; et enfin, le détroit supérieur offre en travers sa plus grande largeur. La forme de ce détroit, dans la femme bien conformée, est à-peu-près celle d'une ellipse échancrée en arrière par la saillie sacro-vertébrale.

Chez les femmes difformes, cette figure varie à l'infini; mais on peut la rattacher à certains types, comme nous le verrons tout-à-l'heure. Ces variations dépendent plus particulièrement des rapports de grandeur qui existent entre les deux principaux diamètres du détroit, l'antéro-postérieur et le transverse : le premier, pris sur la ligne médiane, doit avoir au moins quatre pouces, et

le deuxième cinq; mais souvent le premier est réduit de plus de moitié : nous l'avons vu n'offrir que quinze lignes. Le deuxième n'est jamais resserré à ce point.

Le resserrement antéro-postérieur du détroit lui donne des formes quelquefois irrégulières, parfois symétriques, et qu'on peut ranger sous trois ordres : 1°. détroits *réniformes*, 2°. *triangulaires*, 3°. *bilobés*. Le premier et le troisième ordre tiennent surtout à l'avancement de l'angle sacro-vertébral; mais dans le dernier il y a de plus déjettement des pubis en arrière, et à cette variété pourraient se rapporter la saillie intérieure de la symphyse pubienne dont Severin Pineau a fait mention. Le deuxième ordre est dû principalement à la rétrocession des deux cavités cotyloïdes: les angles postérieurs sont arrondis et écartés; l'antérieur est aigu et formé par la symphyse. Les effets secondaires du premier et du troisième ordre sont de rejeter la *pointe du sacrum en arrière* (ensellure), *d'en accroître la courbure* (*voy.* les planches 27 et 28 de Smellie), et de raccourcir l'excavation du bassin. Ceux du deuxième sont de rendre anguleuse, comme chez l'homme, l'arcade pubienne, et par conséquent de redresser les branches des pubis.

Lorsque c'est le diamètre transverse qui est diminué, le détroit présente d'autres formes qu'on peut ranger sous les ordres suivans : 1°. *détroits arrondis*, 2°. *ovalaires* et *cordiformes*,

3°. *trapézoïdes*, 4°. *pyramidaux*, 5°. *trilobés*. Vous trouverez des modèles de ces diverses formes dans l'ouvrage de Stein (tom. II) et le Mémorial de madame Boivin, qui ont donné la figure d'un assez grand nombre de détroits difformes.

Le premier ordre approche plus ou moins du cercle parfait, et l'on a dit que, dans certaines peuplades sauvages, cette forme était la plus ordinaire; d'où l'on avait conclu qu'elle était la plus naturelle. Mais je ferai remarquer que les bassins *presque* ronds se rencontrent fréquemment parmi nous, surtout chez les femmes dont le sacrum forme avec le rachis un angle peu prononcé. Souvent la différence est nulle entre le diamètre transverse et les obliques; et souvent aussi elle est à peine d'un demi-pouce ou de quatre lignes entre ce même diamètre et l'antéro-postérieur.

Les bassins ovalaires ont la grosse extrémité de l'ovale tournée en arrière, et cette extrémité est souvent échancrée par la base du sacrum, ce qui leur donne la forme de cœur; rarement l'extrémité antérieure est aiguë comme l'a figurée Asdrubali; le plus souvent elle est obtuse. Les bassins ainsi disposés ont, si j'en juge par celui que j'ai sous les yeux, l'excavation et le détroit inférieur rétrécis, le *sacrum fort plat*, et l'arcade pubienne très-étroite.

Quant aux formes trapézoïdes, pyramidales et trilobées, elles doivent, à plus forte raison, entraîner de semblables déformations dans le reste du

bassin. Ces trois formes dépendent, comme les triangulaires, de la projection en arrière (mais plus en dedans) de la région cotyloïdienne. Dans le premier de ces trois ordres, qui quelquefois se rapproche de la forme carrée, les pubis ont conservé leur position transversale; ils forment le côté le plus étroit du trapèze; ils sont anguleux dans la deuxième; et dans la troisième ils sont courbés et projetés en avant, de manière à former une sorte de sinus antérieur, séparé des deux autres, qui sont postérieurs et latéraux, par les saillies cotyloïdiennes, ces deux derniers étant eux-mêmes séparés par l'angle sacro-vertébral. Un bassin de cette forme fait partie de la collection de la Faculté de Médecine de Paris, et madame Boivin en a tracé un moins régulier, mais du même genre.

Jusqu'ici j'ai supposé la forme du détroit symétrique et régulière; mais le plus souvent il n'en est point ainsi : l'angle sacro-vertébral est, ainsi que le rachis, incliné d'un côté, ou l'une des deux cavités cotyloïdes est plus déviée, plus enfoncée que l'autre; de là de nombreuses variétés dans les ordres que j'ai admis ci-dessus, variétés qu'il serait trop long et d'ailleurs inutile de décrire. Peut-être trouvera-t-on déjà bien minutieux les détails qui précèdent; on verra cependant par la suite que les divisions que je viens d'établir nous seront d'un grand secours pour les applications pratiques, et qu'elles nous épargneront bien des obscurités ou bien des commentaires.

§ III. La *direction* du détroit supérieur varie peu quand il est bien conformé; elle change au contraire souvent quand il est difforme : il peut diriger son plan tout-à-fait en haut, ou au contraire l'incliner presque directement en avant, ou enfin le pencher à droite ou à gauche; mais alors la difformité constitue l'obstacle principal. On sait que, dans l'état normal, ce détroit regarde à la fois en avant et en haut; on a attribué des effets importans au degré de cette inclinaison (Loestein, *Bull. Fac. méd. Par.*, 1817, n°s 9 et 10); je crois qu'on en a exagéré l'importance, du moins pour les cas où elle tient à une inclinaison de la totalité du bassin, et je renvoie sur ce sujet aux avis que j'ai donnés plus haut relativement à la direction du détroit inférieur.

ARTICLE II.

Fréquence.

J'ai déjà dit que, de toutes les déformations du bassin, celles du détroit supérieur étaient les plus ordinaires, et j'ajoute que, dans celles-ci même, c'est le diamètre antéro-postérieur qui est le plus ordinairement vicié. Quant aux diverses figures que nous avons assignées à ces déformations, la disposition réniforme est de toutes la plus fréquente. J'ai dit que la forme ovale était ordinaire à l'homme et aux filles en bas âge : ceci cependant ne doit point se prendre d'une manière trop générale,

car bien des enfans du sexe féminin ont, dès l'âge de deux ou trois ans, le détroit supérieur transversalement ellipsoïde. La forme ovale d'avant en arrière est assez rare chez la femme adulte. Une disposition plus rare encore est celle que j'ai nommée *trilobée*. Au reste, j'ai déjà averti que les formes symétriques se rencontraient moins fréquemment que les viciations irrégulières, ce qui rend impossible l'établissement d'une proportion exacte dans les divers degrés de fréquence de toutes ces formes particulières.

Il n'est guère plus facile de fournir des données exactes sur la proportion numérique de ce genre d'obstacles comparé au nombre des femmes en couches : en effet, un léger degré de resserrement est presque toujours méconnu, ou bien il n'empêche point que l'accouchement n'ait une terminaison naturelle ; et, par conséquent, on n'en tient pas compte et on l'oublie facilement. Les tableaux annexés à cet ouvrage pourront nous donner quelques renseignemens plus précis sur le rapport à établir entre le nombre des accouchemens artificiels dus à la difformité du bassin, et celui des opérations nécessitées par une autre cause. Le tableau du premier volume donne, sur 272 accouchemens artificiels et sur un total de 15,652 accouchemens, 36 opérations qui ont été indiquées par un resserrement du détroit supérieur. Les deux plus étroits de ces trente-six bassins avaient dix-huit et dix-neuf lignes ; les plus larges

trois pouces et demi. Celui du deuxième nous montre, sur 269 accouchemens artificiels et sur un total de 22,243 accouchemens, 23 exemples d'opérations nécessitées par le resserrement du bassin. Cette différence de proportion tient sans doute à ce qu'on a confié à la nature, dans les dernières années, un grand nombre d'accouchemens qu'on aurait cru, dans les premières, devoir opérer sur-le-champ. Sur ces 23 même il en faut peut-être retrancher 4 dans lesquels une procidence du cordon ombilical nous a forcés de recourir à une opération que le resserrement n'eût sans doute pas exigée par lui-même; il en faut également compter 3 de la même nature dans les 36 du tableau du premier volume.

ARTICLE III.

Causes.

Personne n'ignore qu'un des principaux effets du ramollissement rachitique est la torsion du rachis et le rétrécissement du bassin. Il ne faudrait pas croire cependant que ces deux affections soient constamment liées ensemble. On a remarqué que les femmes qui deviennent bossues vers l'âge de la puberté ou plus tard n'ont point le bassin difforme; et d'un autre côté, on voit quelques femmes dont le rachis est droit quoique le bassin soit vicié; mais alors ordinairement la face porte l'expression de cet ancien rachitisme; les articulations

des membres sont restées plus ou moins grosses, et les os de ces membres courbés ou raccourcis. L'avancement de la mâchoire inférieure et la saillie considérable du menton m'ont paru presque toujours accompagner chez les bossues un rétrécissement du bassin, tandis que la saillie de la mâchoire supérieure ou de toute la bouche et même du nez, et l'étroitesse de ces mêmes parties dans le sens transversal indiquaient assez généralement la bonne conformation du bassin, quoique le rachis fût dévié et souvent la voix altérée, félée, comme on dit, par la déformation du thorax.

Qu'on n'imagine pas pourtant que le bassin ne puisse éprouver, après la puberté, des changemens défavorables : sans recourir à ces faits extraordinaires de ramollissement général ou partiel dont la femme Supiot a fourni un exemple mémorable, on trouve d'autres causes qui agissent même sur des femmes d'une excellente constitution. C'est ainsi qu'une luxation non réduite du fémur a non-seulement creusé une dépression au-dessus de la cavité cotyloïde, mais encore a permis le rétrécissement de cette cavité, le raccourcissement de l'ischion, l'évasement de l'arcade pubienne, et le rétrécissement du détroit supérieur de ce côté seulement. La femme qui portait cette difformité est accouchée naturellement à l'âge de vingt-cinq ans. Chez une autre, âgée de dix-huit ans, nous avons vu le détroit supérieur réduit à la moitié de son étendue du côté droit seulement, et déjeté en totalité du côté opposé vers la

cuisse gauche, qui avait été amputée quatre ans auparavant. L'accouchement chez cette femme a été spontané, mais lent et pénible. Elle a, ainsi que la précédente, succombé à la péritonite. Herbiniaux a noté avec raison cet effet de l'amputation des cuisses dans le jeune âge. (T. 1, p. 278.)

On conçoit en effet que la pression de la tête de l'un des fémurs, n'étant plus contre-balancée par celle de l'autre, puisse déjeter et déformer un bassin encore en partie cartilagineux. On conçoit aussi fort bien qu'un bassin ramolli cède à la pression des deux fémurs, que les régions cotyloïdiennes se reculent et rapprochent la symphyse pubienne de l'angle sacro-vertébral : de là les resserremens du diamètre antéro-postérieur. On sent bien aussi qu'un ramollissement inégal pourra donner lieu à des irrégularités; qu'un ramollissement excessif permettra non-seulement le rétrécissement antéro-postérieur, mais encore un rapprochement latéral des deux cavités cotyloïdiennes, de manière à ployer les pubis en avant ou en arrière, en donnant lieu aux formes bi ou trilobées dont il a été question ailleurs. J'insiste peu sur ces sujets connus; je passerai même un peu légèrement sur les minuties du diagnostic et du pronostic pour arriver plus promptement à la partie la plus difficile à la fois et la plus intéressante de ce Mémoire, celle des indications et des procédés opératoires.

ARTICLE IV.

Diagnostic.

Je passe d'abord sous silence les signes commémoratifs et rationnels, qui sont ceux d'un rachitisme qui a existé jadis, ou dont les effets se prononcent encore. J'avertirai seulement que la plupart des femmes rachitiques, même celles qui n'offrent plus rien d'apparent (1), n'ont commencé à marcher qu'à un âge assez avancé, comme à deux, trois, quatre et même huit ou neuf ans. Les signes sensibles sont ceux qui résultent de la mensuration du bassin, et tout le monde sait que cette mensuration s'opère ou à l'extérieur ou à l'intérieur de la cavité osseuse. Parlons d'abord de cette dernière méthode. Elle consiste à appuyer l'extrémité du doigt indicateur porté dans le vagin sur l'angle sacro-vertébral, et la base du même doigt sous l'arcade pubienne, dont le bord se trouve presqu'à nu et recouvert seulement par la muqueuse de la vulve, entre le clitoris et le méat urinaire, ou au-devant même du clitoris, suivant

(1) L'épine peut en effet se redresser après avoir été assez fortement courbée dans le jeune âge, comme elle peut se courber après la puberté; le bassin ne participe point d'ordinaire à ces changemens tardifs; il garde la forme normale ou vicieuse qu'il avait dans le jeune âge. (*Voyez* SMELLIE, tom. I, pag. 81.)

la flaccidité de la membrane et la mobilité de l'organe. Cette manière de mesurer le détroit supérieur est sans contredit la meilleure de toutes. En défalquant quatre à cinq lignes sur la longueur obtenue, pour compenser l'obliquité qu'on est forcé de donner au doigt, j'ai rarement commis des erreurs qui dépassassent une ou deux lignes (1). Ce n'est qu'avec le doigt qu'on peut *sentir* si l'on est bien sur l'angle sacro-vertébral, et si le bout de ce doigt n'a point passé sur les côtés ou au-dessous de l'angle, comme il arrive souvent à ceux qui ont peu d'habitude du toucher. Cet avantage inappréciable n'existe plus si l'on veut se servir du doigtier d'Asdrubali, et bien moins encore quand on emploie le pelvimètre de Coutouly, ou le compas de Stein, qui d'ailleurs ont bien d'autres inconvéniens, au nombre desquels on peut mettre les douleurs qu'ils occasionent et la contusion qu'ils produisent. Le doigt ne peut pas, je l'avoue, arriver toujours jusqu'à la base du sacrum; mais quel besoin avez-

(1) Il peut arriver que les pubis aient beaucoup de hauteur dans leur corps, ce qui augmente l'obliquité du doigt; et il peut arriver, bien mieux encore, que ces os soient inclinés de façon que, leur bord supérieur se rapprochant du sacrum, l'inférieur s'en éloigne : c'est ce que j'ai rencontré une ou deux fois : on peut alors se tromper d'un demi-pouce et même d'un pouce : heureusement le cas est rare ; car il n'y a guère moyen d'éviter l'erreur.

vous alors de mesurer le détroit ? J'ai toujours donné comme marque d'une bonne conformation l'impossibilité de sentir la première vertèbre du sacrum. Ce n'est d'ailleurs qu'avec le doigt promené en divers sens que vous pourrez reconnaître et les exostoses et les saillies cotyloïdiennes. En effet, les pelvimètres des auteurs ne mesurent généralement que le diamètre antéro-postérieur du bassin, diamètre qui est plutôt augmenté que diminué dans les détroits ovalaires, cordiformes, pyramidaux et trilobés.

Ce reproche est encore bien plus directement applicable à la mensuration extérieure. Qu'on juge des nombreuses variations que peuvent offrir et la longueur des apophyses épineuses du sacrum et l'épaisseur des vertèbres de cet os, et celle des pubis, et surtout celle des parties molles. Baudelocque accorde trois pouces pour l'épaisseur de toutes ces parties, et j'ai trouvé sur plusieurs bassins bien faits trois pouces moins une ou deux lignes pour la seule épaisseur du sacrum, tandis que sur quelques bassins viciés, je n'ai trouvé à cet os que deux pouces et demi, et même deux pouces d'épaisseur. Ajoutez à cela que ce moyen ne peut qu'induire en erreur dans l'examen des bassins ovales, pyramidaux, trilobés, etc., puisqu'ils offrent autant ou plus d'étendue qu'il n'en existe dans l'état le plus sain, dans le seul diamètre qu'on puisse mesurer ainsi. En effet, je regarde comme trop infidèles les résultats qu'on obtiendrait de la

mensuration du diamètre transversal et des obliques du détroit, en prenant pour points de départ certains points de la crête iliaque, les grands trochanters, les tubérosités sciatiques, etc. 1°. Les crêtes iliaques sont tantôt rapprochées, tantôt renversées en dehors chez les femmes les mieux conformées, de sorte qu'on pourrait distinguer dans les bassins bien faits une variété évasée et une variété cylindroïde; 2°. les grands trochanters sont plus ou moins écartés suivant la direction et la longueur peu constante du col du fémur; 3°. enfin les tubérosités sciatiques indiqueraient par leur rapprochement bien plutôt l'élargissement que l'étroitesse du diamètre transversal du détroit supérieur; puisque, comme le témoignent Levret (*l. c.*), Joerdens (*in* SCHLEGEL, *Syllog. op. min.*, t. II, p. 13, 16 et 17), etc., les os d'un bassin vicié semblent éprouver une sorte de bascule qui rapproche en bas ce qui s'éloigne en haut et réciproquement.

Le compas d'épaisseur est donc un moyen infidèle et qu'il ne faut employer que quand on ne peut introduire le doigt dans le vagin; il faut même alors ne regarder que comme approximatifs les résultats qu'il nous donne.

J'ai parlé plus haut de la mauvaise direction du bassin, et j'ai indiqué quels soins on devait prendre pour éviter les erreurs dans lesquelles un examen inattentif pourrait jeter à cet égard. Quant aux signes qui peuvent faire reconnaître cette inclinaison vicieuse, ils sont peu nombreux et assez

peu sûrs : ainsi, la saillie du ventre, l'enfoncement de la région lombaire et la projection du sacrum en arrière indiqueront une inclinaison générale du bassin en avant; mais il restera fort douteux que l'inclinaison soit fâcheuse, à moins qu'elle ne soit partielle et unie à un vice de conformation des détroits. En effet, cette dernière inclinaison se remarque ordinairement dans les détroits ovalaires dont le diamètre antéro-postérieur est accru, disposition qui, comme nous l'avons dit, annonce le rétrécissement du diamètre transversal du détroit supérieur et celui du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur (1). Le redressement du détroit supérieur au contraire se reconnaîtrait à l'aplanissement des régions lombaire et sacrée, et surtout à la facilité avec laquelle on pourrait toucher l'angle sacro-vertébral, facilité d'autant plus grande que cet état se lie pour l'ordinaire avec un rétrécissement du détroit supérieur : il dépend alors de la rétropulsion et de l'ascension du bord supérieur des portions ischio-pubiennes du bassin, et ce que j'ai dit de la manière dont s'opèrent les rétrécissemens doit faire comprendre la tendance que doit alors avoir au redressement le détroit supérieur.

ARTICLE V.

Pronostic.

Les suites funestes du genre d'altérations qui fait le sujet de ce Mémoire ne dépendent pas toujours

(1) Il suit de là que l'inclinaison du plan d'un détroit n'est

des accidens mêmes qu'il peut directement produire, mais aussi de ceux qui résultent trop souvent des procédés opératoires qu'il rend nécessaires. Nous avons parlé ailleurs des dangers de la version, de l'application du forceps, etc., et nous traiterons plus bas de ceux auxquels exposent la symphysiotomie et la section césarienne. Quant aux accidens directement dus à l'étroitesse du bassin, nous les distinguerons en ceux qui affectent la mère et ceux dont l'enfant peut être victime.

§ Ier. En mettant un obstacle quelquefois invincible à l'accouchement naturel, le resserrement des passages osseux expose *la femme* à la rupture brusque ou lente de l'utérus et de la vessie, à l'inflammation de ces organes et du péritoine, et enfin à un état fébrile et adynamique assez grave par lui-même pour la faire périr avant l'accouchement (1). Cet état est même la plus fréquente cause de la mort des femmes qui ne sont point secourues; et en effet, il est aisé de se rendre raison de l'épuisement excessif dans lequel doit jeter l'individu un travail aussi infructueusement prolongé. Mauriceau a vu cependant le travail durer, sans mauvaises suites pour la mère, cinq, sept et même quinze jours après la rupture des membranes (*obs.* 608, 610, 662; *dern. Obs.*, n°s 81, 99), et Bardy a vu l'ac-

---

pas due, pour l'ordinaire, à celle de la totalité du bassin, mais seulement à la déviation de quelques portions d'os.

(1) *Voy.* SAVIARD, pag. 510; les *Archives de méd.*, mai 1823; et notre Mémoire sur la rupture de l'utérus.

couchement avoir lieu sans accident vingt-trois jours après l'écoulement des eaux (*Bibl. méd.*, t. xv, p. 377) : ces cas sont rares. Dans le cas même où l'accouchement est opéré spontanément ou artificiellement par la voie naturelle, la longueur du travail antécédent, la force avec laquelle la tête du fœtus presse sur les passages à travers lesquels il faut souvent qu'elle se moule ou se déforme, exposent les parties molles qui garnissent ces passages à des contusions prolongées que la gangrène manque rarement de suivre : de là les fistules utéro-vésicales, vésico-vaginales ou recto-vaginales, ou enfin urétro-vaginales, suivant le point qui a été plus spécialement exposé à la compression. Parmi les conformations que nous avons énumérées, ce sont plus ordinairement la réniforme et l'ovalaire qui peuvent donner lieu à ces accouchemens spontanés mais difficiles, quoiqu'à proprement parler tout dépende moins de la figure du détroit que de l'étendue des diamètres, et moins encore de cette étendue prise d'une manière absolue que de sa proportion avec celle des diamètres de la tête du fœtus. « Le point essentiel, dit M. Capuron (p. 605), est de déterminer le rapport exact du bassin avec la tête de l'enfant : or, comment évaluer la mesure de ces deux termes de comparaison ? » C'est effectivement là le point difficile : on en est, pour la tête du fœtus, réduit à des conjectures, et il faut s'en tenir, pour l'établissement des indications, aux résultats de l'examen de la mère : c'est ce que nous verrons plus bas.

Remarquons encore que certaines circonstances peuvent procurer un accouchement naturel malgré la brièveté extrême du diamètre antéro-postérieur. Ainsi, j'ai vu trois à quatre fois l'un des côtés du détroit conserver assez de largeur pour permettre à la tête de le traverser, quoique le diamètre sacro-pubien et le côté opposé fussent considérablement resserrés; c'est cette disposition que produit l'enfoncement d'une seule cavité cotyloïde, la déviation du bassin par l'amputation d'une cuisse, etc. Ajoutez à cela que chez certaines femmes la *mobilité* des symphyses permet, non pas un écartement général qui n'augmenterait que de fort peu l'aire du détroit et de presque rien *tous* les diamètres, mais bien un glissement mutuel des surfaces articulaires, un chevauchement des pubis tel que l'un des os innominés s'avance au niveau de l'angle sacro-vertébral, tandis que l'autre recule plus ou moins. Il suit de ce mécanisme, qu'aucun auteur n'a ainsi expliqué, que l'un des diamètres obliques du détroit supérieur, celui dans le sens duquel se place le grand diamètre de la tête du fœtus, est notablement agrandi; que le diamètre sacro-pubien se trouve aussi agrandi par l'avancement de l'un des os innominés (1), du moins d'un côté du bassin, ce qui peut suffire pour ren-

(1) Sur le cadavre de la femme Vespres, dont le bassin très-étroit ne donna que difficilement passage à l'enfant, même après la symphysiotomie opérée par Sigault, on re-

dre possible le passage d'une tête d'un volume médiocre. On conçoit aussi qu'il pourrait arriver quelquefois que les deux os des hanches glissassent simultanément en avant (DEVENTER), de manière à agrandir plus notablement le diamètre sacro-pubien; et certainement, dans un bassin à symphyses mobiles, cet effet doit plus aisément suivre les efforts que fait contre lui la tête du fœtus poussée par les contractions utérines, que ne pourrait le produire la réduction considérable de cette même tête admise par Denman, qui la porte au tiers de sa grosseur originelle (t. II, p. 81). Je sais qu'avec du temps une tête flexible peut changer à ce point; je sais que Solayrès, au témoignage de Baudelocque (t. II, p. 15), a vu une tête acquérir huit pouces de longueur en s'atténuant proportionnellement. Boër assure qu'une tête molle, mais de volume ordinaire, a franchi un détroit de deux pouces huit lignes, et a repris dans l'excavation son premier volume. Les enfans dont il s'agit sont nés vivans : mais ces cas sont rares, à moins que le fœtus n'ait perdu la vie; et ils ne s'observent que dans un bassin dont les symphyses sont très-serrées. Loin de se réduire graduellement et par compensation de ses diamètres, la tête du fœtus, forcée de traverser un bassin étroit et solide, se fracture et s'enfonce vers l'un

---

marqua qu'un des os innominés était plus avancé que l'autre; de sorte que les pubis n'étaient plus en rapport, mais que l'un devançait l'autre de beaucoup.

des os frontaux. Cet accident est fort ordinaire, et nous en citerons plusieurs exemples.

Quant au véritable *écartement* des symphyses, il est quelquefois le résultat d'un accouchement rendu long et difficile par le resserrement du bassin. L'excessive mobilité et la claudication qui en dépendent sont les moindres accidens qu'on ait alors à craindre; ordinairement des abcès se forment dans les symphyses délabrées, et ces abcès sont le plus souvent mortels.

Avant de passer aux dangers que court de son côté le fœtus, disons un mot des vices de direction du détroit sans lésion de forme ou de grandeur. L'obliquité de l'utérus en avant, celle de l'enfant dans le même sens, et par suite la difficulté du mécanisme de l'accouchement naturel, le séjour de la tête au détroit, sa pression sur l'angle sacro-vertébral, enfin l'inertie utérine, voilà les suites qu'on attribue à l'inclinaison en avant, et l'on y ajoute la difficulté que présentent alors l'application du forceps et l'introduction de la main; difficulté rapportée à la diminution du sinus de l'angle formé par le croisement des axes des deux détroits, supérieur et inférieur. J'ai déjà fait entendre que je soupçonnais que, dans de pareils cas, il y avait eu erreur, et qu'on avait attribué à une disposition imaginaire ce qui ne tenait qu'à l'inexpérience de l'accoucheur, ou à la mauvaise position du fœtus, et quelquefois peut-être à un vice du détroit inférieur. Je confirme ici cette pen-

sée. Quant au redressement de ce détroit, il pourrait favoriser l'obliquité postérieure et la position sus-pubienne du fœtus; mais il faciliterait les procédés opératoires en rapprochant du parallélisme les axes des deux détroits du bassin. Seulement, dans le cas de nécessité de l'opération césarienne, il pourrait tromper l'opérateur en diminuant l'espace ombilicò-pubien, et le forcer à prolonger ensuite son incision au-dessus de l'ombilic : c'est ce qui est arrivé à Ostertag. (SHWEIGH., *Arch.*, tom. I, pag. 260.)

§ II. La lenteur du travail, dans les divers cas qui nous occupent, expose nécessairement l'*enfant* à une compression générale, à un dérangement prolongé dans la circulation placentale, et par conséquent à l'asphyxie apoplectique. D'ailleurs, le rétrécissement même qui empêche le fœtus de s'engager est rarement tel qu'il ne laisse pas autour du point où git l'obstacle (angle sacro-vertébral) des espaces libres par où le cordon ombilical peut descendre et se trouver exposé à des tiraillemens, à des pressions dangereuses. (*Voy.* DENMAN, tom. II, pag. 309.) En outre, la tête en particulier est exposée à des pressions inégales, qui doivent aggraver cette disposition à l'apoplexie; les fractures ne sont point rares, même avec enfonçure considérable (*voy.* t. Ier, pag. 153 et 205), et cependant elles ne sont pas toujours mortelles, ni l'enfonçure incurable; la nature fait souvent alors tous les frais de la guérison; mais

parfois les tiraillemens qu'on exerce sur le tronc peuvent en séparer la tête ou luxer les vertèbres, ou bien encore, comme je l'ai vu, séparer les os pariétaux de la plupart des os voisins par une déchirure des ligamens sans lésion de la peau, mais non sans une effusion de sang dont résulte une compression mortelle. Dans les cas les plus heureux, des thrombus considérables naissent sur le crâne, et tantôt se résorbent spontanément, tantôt exigent la ponction et l'évacuation de l'amas de sang liquéfié ou de la collection de pus qui en est la suite; fort rarement la gangrène a suivi ces sortes de tumeurs. (MAURICEAU, *dern. Obs.*, n° 150.) On voit cependant des enfans résister aux plus violentes secousses; j'en ai vu naître bien vivans, quoiqu'un craquement dans le rachis eût fait craindre une luxation vertébrale; on en a vu rester en vie cinq, quinze, et même vingt-trois jours dans l'utérus vide d'eau, et soumis à ses contractions (MAURICEAU, *dern. Obs.*, n°s 81, 99; BARDY, *l. c.*); tandis que d'autres expirent au moindre effort, et succombent aux plus légers dérangemens du travail.

ARTICLE VI.

Indications et Méthodes opératoires.

Nous nous écarterons ici quelque peu de notre distribution ordinaire pour marcher plus régulièrement en nous guidant sur les degrés de difformité. Ainsi, 1°. après avoir parlé des cas où la na-

ture peut seule suffire à la terminaison de l'accouchement, nous dirons, 2°. un mot de l'application du forceps et de la version; 3°. nous nous arrêterons ensuite sur l'avortement provoqué par des moyens chirurgicaux; 4°. nous ferons mention de la section pubienne, et 5°. de l'opération césarienne; 6°. enfin nous terminerons par l'exposé des cas où l'on doit préférer l'application du perce-crâne et des crochets.

§ Ier. *L'accouchement spontané*, selon Baudelocque, est possible toutes les fois que le diamètre sacro-pubien a plus de trois pouces et demi. Ceci s'entend certainement du rétrécissement simple d'un détroit *réniforme et symétrique*, et en même temps d'un fœtus de volume ordinaire; car on ne doit jamais compter en pareil cas sur la réduction du volume de la tête, soit par un aplatissement graduel (Denman, *l. c.*), soit par une enfonçure des os du crâne. (*Voy.* ci-dessus.) Ces deux procédés de la nature ne peuvent qu'être préjudiciables à la mère et à l'enfant à cause du temps qu'ils exigent, et des contusions qui en résultent nécessairement de part et d'autre. Il faut dans des cas semblables tâtonner un peu, voir venir sans trop attendre, et se décider à opérer dès qu'on s'aperçoit que la mère et l'enfant courent quelque péril, ou que les efforts naturels sont insuffisans.

Je crois cependant qu'on se presse trop en général. L'impatience est naturelle chez un praticien peu expérimenté; mais le temps m'a appris que

fort souvent un peu plus de sécurité et quelques légers retards évitaient à une femme l'appareil et la douleur d'une opération toujours grave en pareil cas.

§ II. En effet, si c'est à *l'application du forceps* qu'on se décide, on s'apercevra aisément que l'élévation de la tête retenue au détroit supérieur, que la forte courbure du sacrum, si ordinaire dans ces circonstances, et que la projection en avant de l'angle sacro-vertébral donnent lieu à des difficultés nombreuses, et exposent un opérateur peu exercé à déchirer la partie postérieure du vagin ou du col de la matrice. Cependant il faut bien en venir à cette application quand la matrice seule ne pourrait pas se débarrasser d'un fœtus dont la tête peut traverser, un peu difficilement sans doute, le détroit supérieur. Baudelocque veut qu'on ne s'abstienne de l'employer que quand le bassin a moins de deux pouces et demi d'avant en arrière : au-de là, il faut, suivant lui, en venir à la section pubienne; et à moins de deux pouces, l'opération césarienne est indispensable. Ces règles sont fort bonnes dans un traité dogmatique; mais dans la pratique, on apprend que tout cela dépend du volume proportionnel du fœtus, et plus encore peut-être de la forme même du bassin vicié ; car il est évident qu'un bassin large d'un côté, bien qu'étroit de l'autre côté et au milieu, pourra donner passage à un enfant peu volumineux, tandis qu'un bassin large au milieu (trapézoïde,

trilobé, etc.) et étroit sur les côtés ne pourra jouir du même avantage. Il faut essayer, chercher, comparer, et combiner dans son esprit tous les résultats de ses recherches pour en conclure quelque chose de certain.

Dans le plus grand nombre des cas, si l'on pouvait diriger à son gré le forceps, je voudrais qu'on l'introduisît sur les côtés du bassin, pour éviter l'angle sacro-vertébral, qu'on l'appliquât sur le front et sur l'occiput, pour faire descendre la tête dans une direction presque transversale, de sorte que ce fût son diamètre temporo-auriculaire (qui est le plus petit), et non le fronto-mastoïdien (qui est un des plus grands), qui mesurât le diamètre antéro-postérieur du bassin; peut-être éviterait-on ainsi les dépressions et les fractures que l'un des os frontaux offre si souvent en pareil cas. Je crois même avoir remarqué, ainsi que Smellie (t. II, p. 533), que dans le cas d'accouchement par la voie naturelle, lorsque le bassin est considérablement vicié, la dépression ne se trouve plus sur le front, mais vers la région temporale.

C'est sans doute à la facilité plus grande avec laquelle on peut diriger la tête du fœtus (*voyez* 1er Mémoire), et à une compression moindre de cette partie qu'il faut attribuer les succès que j'ai plus constamment obtenus, contre l'assertion de beaucoup d'auteurs, de l'emploi de la *version* comparée à l'application du forceps. D'après les tableaux déjà cités, sur les quinze enfans extraits

par le forceps pour un resserrement du bassin, sept ont vécu, huit sont nés morts ; tandis que, sur vingt-cinq amenés par les pieds, seize ont vécu et neuf seulement ont été extraits sans aucun signe de vie. La proportion des succès est presque des deux tiers pour la version et moindre que la moitié pour l'application du forceps. La version offre encore un autre avantage, c'est qu'elle donne des moyens infaillibles de reconnaître si le fœtus est vivant ou mort ; car, quel que soit le degré de resserrement, on peut presque toujours porter la main dans la matrice, et amener les membres et le tronc de l'enfant au dehors ; la tête seule reste au détroit supérieur quand il est trop étroit, et c'est alors qu'on peut avec connaissance de cause se décider à la section pubienne ou à la perforation du crâne. La version n'expose à la détroncation que quand elle est faite par une personne peu habile, et qui croit que tout doit céder plutôt à la force qu'à l'adresse des manœuvres. Ce n'est pas qu'il ne faille quelquefois tirer fortement sur le corps du fœtus ; mais des tractions bien dirigées selon l'axe du détroit supérieur, après qu'on aura donné à la tête une direction transversale et abaissé le menton, obtiendront tout ce qu'il est possible d'obtenir. Si l'on éprouve une résistance trop grande, il faut abandonner les tractions si l'enfant est vivant, et ouvrir la symphyse pubienne (1). S'il est mort,

(1) J'ai déjà dit ailleurs que je croyais l'usage du forceps fort difficile et fort inutile dans ces circonstances.

on peut continuer jusqu'à ce que le rachis commence à se détacher de l'occiput : alors on s'arrête et l'on perfore le crâne. Un craquement vous avertit toujours de cet événement, et les doigts, en pressant le col d'avant en arrière, s'en assurent aisément. Continuer alors de tirer, ce serait vouloir en pure perte séparer entièrement la tête et le tronc. Quelquefois un craquement semblable se fait sentir sans qu'il y ait la moindre déchirure, et même quand l'enfant vit encore : il est dû au ploiement subit des os du crâne, et annonce la précipitation de la tête dans l'excavation du bassin ; il n'est donc point alors d'un mauvais augure, non plus que la secousse qui l'accompagne. Outre les avantages dont j'ai parlé, la version en aurait encore de très-réels dans le cas d'inclinaison du bassin, puisqu'alors l'application du forceps serait plus difficile que jamais.

Elle serait encore préférable à l'emploi de cet instrument dans le cas où le détroit inférieur serait transversalement rétréci, circonstance qui accompagne souvent les formes ovale, pyramidale, etc., du détroit supérieur. En effet, lorsque la tête sort du bassin la première, c'est l'occiput qui sort d'abord *en avant* en se plongeant *dans l'arcade pubienne*, mouvement qui deviendrait fort difficile si cette arcade était étroite et anguleuse. Quand au contraire il descend les pieds les premiers, alors l'occiput vient se placer *derrière les pubis ;* le front sort le premier par la partie *postérieure* du détroit

périnéal, et la nuque seule s'engage dans l'arcade pubienne. Cette remarque semble avoir échappé à tous nos auteurs.

§ III. C'est à des cas plus graves encore, à des rétrécissemens plus considérables, qu'on a voulu appliquer la méthode de l'*avortement artificiel*. On a pensé qu'en provoquant l'accouchement à un terme où l'enfant, quoique viable, est encore peu volumineux, on pourrait, sans lésion grave, lui faire traverser un bassin vicié à un certain degré : quelques avortemens spontanés (BAUDELOCQUE, t. II, p. 290), chez des femmes contrefaites, ont semblé confirmer cette opinion. Je commence par déclarer que je n'ai jamais employé ni vu employer cette méthode; mais je dirai ce que l'expérience d'autrui et ce que mes raisonnemens m'en ont fait penser. Barlow en a le premier fait la proposition dans un Mémoire publié en 1801, et le premier exemple de succès, au témoignage de Denman (tom. II, p. 222), en est dû à Macaulay; Keily a ensuite réussi deux fois sur trois. Davies (*Bibl. méd.*, t. LXIX, p. 275) a également réussi dans un accouchement prématurément provoqué à sept mois; mais a-t-on cité tous les exemples dans lesquels le fœtus n'a point survécu à l'opération? Pour plusieurs de ces accoucheurs, la vie du fœtus n'est rien, puisque Barlow veut qu'on provoque l'avortement avant l'époque requise pour sa viabilité si le bassin est très-étroit. Un accoucheur nommé Clough, après avoir fait la ponction de l'am-

nios et s'être assuré que l'enfant vivait, a extrait un des bras et l'a amputé; puis il a perforé le crâne, et, malgré tous ses efforts, il n'a pu terminer l'accouchement avant la mort de la mère, dont l'utérus était rompu. (*Voyez* les détails donnés d'après lui-même, *Bibl. méd.*, t. L, p. 257.)

Ramsbotham a fait avorter trois fois avec succès une femme chez laquelle on avait jugé la perforation du crâne nécessaire dans une couche précédente; mais à une autre couche, un enfant volumineux avait été extrait par la version, avec peine il est vrai, mais sans emploi du perce-crâne; et enfin à son premier accouchement, cette même femme avait naturellement expulsé un enfant petit, mais à terme et vivant : donc le bassin n'était que peu resserré (obs. 73). Chez une femme dont le bassin, de deux pouces et demi seulement, avait déjà deux fois nécessité la crâniotomie, le même accoucheur tenta en vain l'accouchement artificiel au huitième mois : il fallut encore sacrifier le fœtus, qui pourtant était vivant au commencement du travail (obs. 74). Enfin chez une troisième qui, une fois, avait été délivrée par la perforation du crâne, et avait ensuite, lors d'une deuxième grossesse, expulsé un fœtus non viable et âgé de moins de sept mois, l'avortement, provoqué au septième mois, eut des suites encore plus funestes, puisqu'il décida la rupture de l'utérus vis-à-vis de l'angle sacro-vertébral et la mort de la femme; l'enfant, extrait par les pieds, était mort pendant le travail (obs. 77).

Ces faits, jusqu'à présent trop peu nombreux, ne prouvent rien par eux-mêmes. Entamons la discussion des motifs qui peuvent engager à admettre ou à rejeter cette opération. 1°. L'accouchement naturel au terme de sept à huit mois est-il possible? 2°. est-il avantageux à la mère? 3°. l'est-il à l'enfant? Voilà les trois questions qu'il faut débattre.

1°. Baudelocque avertit avec raison qu'il y a une grande différence entre la facilité avec laquelle s'établit le travail dans un avortement spontané et dans celui que provoque la ponction de l'amnios. Ce n'est quelquefois, dit Denman, que quinze jours après l'évacuation des eaux que le travail s'établit. On jugera aisément avec quelle lenteur, avec quelle difficulté doit marcher un pareil travail, combien peu d'énergie il doit donner à l'utérus : cette ponction même n'est pas très-facile chez une femme primipare dont le col utérin est fermé ainsi que ses orifices. Cette opération expose et à la blessure de la matrice, et à celle de l'enfant, qui a été observée dans quelques avortemens provoqués par l'acupuncture; mais l'opération une fois faite et le travail établi, est-il du moins certain que l'accouchement pourra s'opérer par la voie naturelle et sans entamure des parties de la mère ou de l'enfant? De l'aveu des accoucheurs mentionnés plus haut, un bassin qui a moins de deux pouces et un quart d'avant en arrière ne peut livrer passage à un fœtus de sept mois, et moins encore à un de huit. Au-dessous de ce degré de viciation, le passage est

possible : j'ai fait, pour m'en assurer, quelques recherches dont voici les résultats principaux :

	taille.		diam occ. fr.		diam. bipar.	
Enfant de 7 mois, vivant, faible,	14 p.		3 p.	9 l.	2 p.	10 l. $\frac{1}{2}$.
Idem, ... viable, ...	15		3	9 $\frac{1}{2}$	2	8 $\frac{1}{2}$
Id., ...	15		3	6	3	
Id., de 7 mois $\frac{1}{2}$, ...	15	6	3	10	3	1
Id., de 8 mois, vivant, ...	15		3	4	2	9
Id., ...	16	6	4	2	3 (1)	
Id., ...	16	9	3	11	3	3
Id., de 8 m. $\frac{1}{2}$, mort peu apr. la nais.	17	8	4	1	3	4

On voit, d'après cette courte liste, combien sont variables les dimensions des deux diamètres opposés de la tête de plusieurs fœtus, estimés au même terme de la gestation. Cependant, malgré cette diversité, on peut conclure du rapprochement que je viens de faire, qu'à partir du commencement du septième mois la tête du fœtus ne peut plus traverser *sans efforts* qu'un bassin dont le diamètre antéro-postérieur est d'environ trois pouces *de France*. Pour tomber d'accord avec les praticiens anglais il faudrait admettre la réduction d'un tiers du volume de la tête, comme l'a fait Denman : cette réduction sans doute serait possible vu le peu de solidité de la tête à cet âge ; mais je me suis assuré qu'il faut pour l'opérer, même au terme de six mois, une pression extrêmement violente et qui ne manquerait pas de faire périr un enfant dont la

(1) C'est le produit d'un deuxième accouchement spontané. Le bassin avait 3 pouces $\frac{1}{4}$. Cet enfant a vécu. Ces recherches sont de l'Éditeur.

viabilité est encore équivoque, surtout si l'on y employait un instrument de fer ou d'acier, le forceps ou le levier, par exemple. La résistance qu'oppose la tête à cette compression outrée est telle que je ne crois pas que la matrice seule puisse venir à bout de l'opérer avant la mort du fœtus.

La vingt-septième planche (grandeur naturelle) de Smellie représente un bassin de *deux pouces un quart* (anglais = deux pouces une ligne de France) donnant à grande peine passage à la tête d'un fœtus *de sept mois*. « Si elle reste plusieurs heures dans cette situation, dit-il, il est à craindre qu'il ne meurt par la longue compression du cerveau. » Je ne sais si cette planche est idéale ou gravée d'après nature; mais un enfant de cette taille ne peut guère être âgé que de six mois à six mois et demi, et cependant le crâne est considérablement déformé.

Baudelocque (*Rech. sur l'Op. cés.*) raconte l'histoire d'une femme dont le bassin avait *trois pouces moins un quart* de petit diamètre, et qui ne put accoucher *au terme de huit mois* qu'après un travail fort long et qui causa la mort de l'enfant, que, sans doute, il fallut mutiler. Cette femme était à sa quatrième grossesse : les trois premiers accouchemens avaient été terminés par la perforation du crâne. Une autre femme, dont le bassin offrait deux pouces et demi, accouchée une fois par l'opération césarienne, eut ensuite plusieurs couches spontanées au *terme de sept mois* : ses enfans étaient fort

petits et ne pesaient que deux livres et demie : cependant le travail fut chaque fois très-pénible ; il dura quinze à seize heures, et aucun des enfans ne vécut plus de trente-six à quarante-huit heures. L'expérience confirme donc ici les données de la théorie.

2°. La lenteur d'un pareil travail, et les obstacles qu'il éprouve de la part de la résistance du col de l'utérus, exposent la mère à bien des accidens, parmi lesquels on peut placer tous ceux de l'avortement spontané, comme l'hémorrhagie, la fièvre, l'épuisement, la péritonite, la métrite, une disposition ultérieure à des affections organiques, et enfin le séjour prolongé du placenta après l'expulsion du fœtus, et la nécessité de nouvelles douleurs, d'un nouveau travail.

3°. Les mêmes causes doivent agir plus fortement encore sur un fœtus aussi délicat qu'il l'est alors. Soumis quelquefois pendant quinze jours à la contraction de l'utérus, froissé contre un bassin souvent hérissé de saillies osseuses, etc., comment pourrait-il résister à tant de causes de destruction? Ajoutez à cela que quinze jours plus tôt le fœtus n'est point viable, que quinze jours plus tard il peut être trop développé, et l'on sait que jamais on ne peut prononcer qu'à quinze jours près sur le terme d'une grossesse. Concluons de là que les faits allégués par les accoucheurs cités font plutôt exception qu'ils ne peuvent faire règle; que l'avortement ne peut tout au plus être provoqué

que dans le cas où des convulsions, une hémorrhagie ne permettent point d'attendre le terme naturel de la grossesse. La circonstance dont parle *Denman*, je veux dire la mort du fœtus présumée d'après quelques frissons éprouvés par la mère, ne suffit point pour indiquer cette opération. Si le fœtus est mort, rien n'empêche d'attendre que le travail se déclare spontanément, puisqu'on est sûr qu'il ne prendra plus aucun accroissement. Concluons encore que, quand même cette opération serait quelquefois permise après le septième mois de la vie intra-utérine, il faudrait, pour la pratiquer avec quelques chances de succès, que le détroit supérieur eût au moins deux pouces trois quarts à trois pouces de diamètre sacro-pubien. Enfin j'exigerais par-dessus tout que la nature eût annoncé quelque disposition à un avortement spontané : c'est alors seulement qu'on pourrait espérer un travail facile, rapide et sans suites funestes.

§ IV. La *section de la symphyse pubienne* pressentie, dit le docteur Capuron, par Galien, indiquée en quelque sorte par Sev. Pineau, fut exécutée pour la première fois par Sigault, et prônée par plusieurs accoucheurs, et surtout par Alphonse Leroy; elle a depuis cette époque été exécutée assez souvent et diversement jugée : les uns l'ont rejetée tout-à-fait (Lauverjat, pag. 320; Denman, tom. II, pag. 235); d'autres, et c'est le plus grand nombre, ne l'ont admise que dans certains cas

dont ils ont singulièrement restreint la quantité. Suivant les premiers fauteurs de cette opération, elle devait remplacer totalement l'opération césarienne, et on assurait l'avoir faite avec succès sur des bassins de quinze à dix-huit lignes. Il a été prouvé bientôt combien il y avait eu d'exagération sous ce rapport. Une de mes parentes, madame Bellami, accoucha, sans efforts et sans autres soins que ceux que réclame une couche ordinaire, l'une des premières femmes opérées par Sigault, quoique la symphyse fût parfaitement consolidée. Ce fait curieux donna l'éveil, et Baudelocque a rassemblé une multitude de faits propres à prouver les dangers et l'inutilité de la symphysiotomie dans les rétrécissemens qui donnent au détroit antéro-postérieur moins de deux pouces et demi d'étendue. Le déchirement des symphyses sacro-iliaques, et par suite des abcès mortels, et d'une autre part l'écrasement de la tête du fœtus, tels ont été les funestes résultats de ces tentatives inconsidérées. Dans des cas, au contraire, où l'opération n'a pas eu de suites fâcheuses, l'application simple du forceps ou la version ordinaire auraient eu les mêmes résultats, comme l'ont prouvé des couches ultérieures (1).

---

(1) Voici le résumé donné par Lauverjat, pag. 312.

Sur dix-huit opérations, vingt individus, femmes ou enfans, sont morts.

Deux opérations insuffisantes ont forcé de recourir à la section césarienne.

Je renvoie pour les détails à l'excellent ouvrage de Baudelocque, qui a traité *ex professo* cette matière, et a inséré ce travail dans son Art des accouchemens. Remarquons seulement que ce n'est pas tant l'ossification de la symphyse pubienne qu'on aurait pu craindre de rencontrer (puisqu'il aurait été possible encore d'en faire la section au moyen de la scie), que celle des symphyses sacro-iliaques, assez fréquente selon Boër (p. 22), et que nous avons deux fois observée (*voyez-en* plusieurs exemples cités par Lauverjat, p. 258) et qui aurait empêché tout écartement. Ajoutons aussi aux circonstances accordées par Baudelocque comme indiquant la section pubienne (enclavement, diamètre moindre de trente-trois lignes et supérieur à vingt-quatre) la forme ovale, pyramidale, et peut-être même trilobée du bassin. En effet, c'est surtout dans les cas où le diamètre transversal est vicié que cette opération peut devenir utile, puisque presque toute l'étendue de

---

Cinq ont été suivies d'incontinence d'urine, et une de claudication.

Une symphyse ossifiée n'a pu être coupée qu'avec la scie.

Sur un total de trente-quatre opérations, Baudelocque rapporte que vingt-trois ont été suivies de la guérison, que onze ont été mortelles pour la mère et vingt-trois pour l'enfant. Plusieurs enfans, il est vrai, pouvaient être morts avant l'opération. Dans ce nombre de trente-quatre ne sont pas compris les deux faits où il a fallu recourir à l'opération césarienne. (*Recherches sur l'Op. cés.*)

l'écartement est alors employée à l'augmentation de ce diamètre. Dans les cas, au contraire, où c'est le diamètre antéro-postérieur qui est trop étroit (1), on ne peut espérer que quelques lignes d'ampliation malgré un écartement énorme, et c'est, comme on l'a remarqué, plutôt à l'engagement d'une des bosses pariétales (2) dans l'écartement, qu'à un accroissement réel du diamètre qu'on peut alors attribuer les avantages qu'on en peut obtenir. Cet avantage serait bien plus grand si l'on pouvait, comme l'assuraient Sigault et Alphonse Leroy, écarter sans danger les pubis jusqu'à la distance de trois pouces : en effet, on pourrait alors loger dans l'écartement presque la moitié de la tête du fœtus (le front, la face et les tempes), et l'extraire facilement, dirigeant d'avant en arrière son diamètre occipito-frontal, au risque d'augmenter quelque peu le déchirement

---

(1) C'est à tort que Baudelocque lui-même a dit que « le produit de la section du pubis, considéré dans la direction du petit diamètre du détroit supérieur, doit être d'autant plus grand que le détroit sera naturellement plus resserré dans cette direction. » La plus simple inspection d'un bassin vicié vous démontrera le contraire. Plus les pubis seront rentrés; moins l'augmentation sera grande ; plus leur angle de réunion sera aigu, et plus leur écartement artificiel sera favorable. Boer a bien reconnu cet effet et l'a expliqué mathématiquement. (Pag. 18 et 21.)

(2) Boër estime à trois lignes l'augmentation que peut produire cet engagement porté au plus haut point possible.

de la peau du pubis et de la vulve, déchirement peu important si on le compare aux dangers que court la vie de l'enfant quand il faut faire passer violemment une tête de trois pouces et demi dans un bassin de deux pouces et demi seulement, et qui n'a pu gagner qu'un demi-pouce (1) (c'est-à-dire, six lignes de moins qu'il ne faut) par le fait de l'opération dont il s'agit. N'ayant jamais pratiqué moi-même cette opération, et n'ayant, à ce sujet, aucune idée neuve, je me dispenserai de la décrire. On trouvera d'ailleurs, dans les observations particulières, une description détaillée du procédé opératoire qui a été suivi, et ceci s'appliquera également à l'opération qui fait le sujet du paragraphe suivant.

§ V. Quand on juge que la section symphysienne sera insuffisante pour permettre le passage de l'enfant par la voie naturelle, il ne reste plus que deux ressources : *l'opération césarienne* et la perforation du crâne. La première ne peut être proposée que pour le cas où l'on a la certitude de la vie de l'enfant (2); et la deuxième dans le cas

(1) Sur huit figures en carton disposées d'après nature sous les yeux de Baudelocque et que je possède encore, on peut s'assurer que cette augmentation ne dépasse jamais six à sept (une fois neuf) lignes, même en supposant une bosse pariétale engagée dans l'écartement des deux pubis séparés de deux pouces l'un de l'autre.

(2) Je ne parle pas ici de l'opération exécutée après la mort de la mère. En pareil cas, en effet, on opère le plus tôt

contraire. Il faut donc avoir sur ce point des connaissances positives avant de décider son choix pour l'une ou l'autre de ces méthodes : nous devons donc aussi nous en occuper ici.

En effet, l'opération césarienne est si cruelle, si souvent funeste, qu'on ne doit la pratiquer que quand on est sûr de sauver du moins les jours de l'enfant, si l'on a le malheur de perdre la mère. Aucune de ces opérations pratiquées à notre hospice n'a permis à la femme de se rétablir : cependant les auteurs citent beaucoup d'exemples de guérison. Des soixante-dix faits rapportés par Simon (*Ac. Chir.*, t. I et II), dont plusieurs lui ont été communiqués, et dont il a puisé le reste dans divers auteurs, et surtout dans Rousset et Bauhin, la majeure partie a trait à des opérations heureuses. Sprengel, dans son Histoire de l'Opération césarienne, mentionne environ cent six observations dont soixante-une ont été fournies par des femmes guéries, et quarante-cinq seulement par des femmes mortes à la suite de cette opération. A ces observations, j'en puis ajouter seize autres recueillies dans les journaux de médecine publiés de nos jours, et dans les Archives de Schweighaeuser. Sur ces

---

possible, et au hasard même de rencontrer un enfant mort. Sur cinq de ces opérations que j'ai ainsi pratiquées, deux seulement m'ont permis d'extraire des enfans vivans : encore ont-ils succombé quelques jours après.

(*Note de l'Éditeur.*)

quatorze femmes, quatre seulement ont succombé.

Que l'opération ait été faite à propos ou non, ces exemples n'en prouvent pas moins qu'elle n'est pas essentiellement mortelle; mais si l'on considère que la majeure partie des opérations malheureuses n'ont pas reçu la même publicité que les faits rendus plus curieux par la réussite, on en conclura également que c'est une opération des plus graves, et qu'il ne faut y recourir que dans le cas d'absolue nécessité (1). Cette nécessité a été fixée par nos auteurs aux cas dans lesquels le fœtus est vivant, et où le bassin offre moins de deux pouces un quart de petit diamètre, quelle que soit la cause qui le rétrécisse, ainsi que nous l'avons fait pressentir dans le Mémoire qui précède celui-ci. Il faut bien alors passer par-dessus les craintes que nous inspire la multiplicité des exemples funestes; car, si le plus souvent la femme contrefaite y succombe (2), il n'est pas moins certain, suivant la remarque de

---

(1) Cette opération est même tout-à-fait rejetée par Paré, Guillemeau, Mauriceau, Peu, Dionis, Manningham, Ould, Simmons, Stein, et plusieurs autres moins connus,

(2) Baudelocque cite trente-une observations de réussite et quarante-deux dans lesquelles cette opération a eu des suites funestes pour la femme. Cette proportion est bien différente de celle que donnent les faits rapportés par Sprengel dans son Histoire de l'Opération césarienne. Boër va bien plus loin encore; il croit trop accorder en disant qu'on sauve une femme sur quatorze à qui l'on pratique cette opération. (Pag. 162.)

Baudelocque (*Rech. et Réfl. sur l'Op. césar.*), qu'elle périrait avec son enfant si on l'abandonnait aux seuls efforts de la nature. Cette opération, que l'on faisait autrefois sur le côté du ventre, est, depuis Platner, universellement pratiquée le long de la ligne blanche, Guenin, Solayrès, Henckel et Deleurye, ne l'ont recommandée qu'après cet auteur, et ils ont eu le mérite de lui concilier l'assentiment général. Personne n'a adopté le procédé de Lauverjat, qui ouvrait transversalement l'abdomen et l'utérus. (*Nouvelle Méthode*, etc.) Personne non plus ne suit aujourd'hui les conseils de M. Planchon, qui voulait, 1°. qu'on ouvrît l'abdomen sur le côté; 2°. qu'on perçât les membranes avant d'inciser l'utérus pour faire sortir par le vagin l'eau qui aurait pu inonder le bas-ventre; 3°. qu'on incisât toujours la matrice sur le dos de l'enfant, en quelque lieu qu'il fût; 4°. qu'on fît sur l'une des lèvres de la plaie longitudinale de l'abdomen et de la matrice une échancrure transversale pour servir de gouttière aux matières purulentes. Un jeune accoucheur a proposé plus récemment d'ouvrir l'abdomen et *le vagin* au-dessus du détroit supérieur, en respectant la matrice. L'expérience

(1) On a beaucoup parlé du danger de l'épanchement des lochies dans l'abdomen, et l'on s'est cru fondé à en citer beaucoup d'exemples; mais je suis certain que, la plupart du temps, on a pris pour des lochies épanchées les résultats d'une simple péritonite.

prononcera par la suite sur les difficultés insurmontables qui me semblent devoir entraver l'exécution de cette opération et sur la gravité de ses suites; je ne vois pas comment elle mettrait à l'abri de la péritonite, qui, bien plus que l'inflammation de l'utérus, fait le danger de la section césarienne ordinaire. Quand l'hémorrhagie serait moins à craindre, ce serait un bien faible avantage; car nous avons toujours vu s'arrêter en peu d'instans les jets de sang qui, au moment de l'incision, s'échappent avec rapidité des vaisseaux de l'utérus. Je n'en dirai pas davantage sur le sujet de cette opération, dont je donnerai plusieurs exemples, et je passe à l'examen de cette condition qui, ai-je dit, doit décider le choix de l'accoucheur entre la section césarienne et l'ouverture du crâne du fœtus; je veux dire la vie ou la mort de celui-ci.

On connaît l'incertitude de chacun des signes de la mort du fœtus pris en particulier, et nous allons la prouver encore par le recensement que nous en allons faire, afin de mieux persuader aux jeune praticiens qu'ils ne doivent point prononcer à la légère sur ce sujet important, et qu'ils ne doivent s'en rapporter qu'à une masse de probabilités assez fortes pour équivaloir à la certitude. Nous examinerons successivement, 1°. les signes commémoratifs, 2°. les signes éloignés ou sympathiques, et 3°. les signes idiopathiques ou locaux.

A. Parmi les signes commémoratifs se trouvent les divers accidens qui, pendant la grossesse, ont

pu causer la mort du fœtus; et au terme de cette grossesse, la violence et la longueur du travail, et le temps plus ou moins considérable depuis lequel les eaux sont écoulées. Nous avons fait entendre, en parlant de l'avortement, combien la destruction d'un fœtus intra-utérin était quelquefois difficile; il faudrait donc compter presque pour rien les accidens, les chutes, les percussions, les frayeurs, et même les maladies graves qu'aurait pu essuyer la mère pendant sa grossesse, si à ces présomptions ne se joignait la pluralité des signes dont les deux paragraphes suivans contiendront l'énumération. Et quant à la longueur du travail et au temps depuis lequel, les eaux étant écoulées, le fœtus est *immédiatement* soumis aux contractions de la matrice, ces circonstances, quoique bien plus valables, ne sont point encore exemptes de toute incertitude, comme on a pu le voir dans ce chapitre à l'article du *Pronostic*. Sans doute les membranes rompues, et le travail établi depuis trois à quatre jours, donneront de justes craintes sur la vie de l'enfant; mais avant de se décider à le mutiler, il faudrait que les signes dont l'exposé va suivre eussent confirmé puissamment ces trop simples probabilités.

B. Les signes sympathiques qui peuvent faire croire à la mort de l'enfant ne se montrent guère que quand cet événement a déjà eu lieu depuis plusieurs jours : aussi s'observent-ils plutôt pendant la grossesse que pendant le travail, et se rap-

portent-ils plutôt au diagnostic de l'avortement qu'au pronostic de l'accouchement à terme. D'ailleurs, aucun signe peut-être n'est plus équivoque que ceux-là, et nous allons voir que, dans le travail, presque tous seraient aisément confondus avec les accidens ordinaires de la parturition. En effet, la majeure partie de ces signes sont ceux d'un état pléthorique et fébrile dont nous avons rendu raison au sujet de l'avortement : or, l'état fébrile excité par un travail prolongé masquerait nécessairement ceux de ces symptômes qu'on pourrait attribuer à la mort du fœtus. La puanteur de l'haleine est un effet ordinaire d'un état fébrile prolongé, et on ne pourrait pas plutôt l'attribuer à la résorption des parties putréfiées d'un fœtus mort depuis quelque temps, qu'à l'adynamie par laquelle se termine si souvent un travail pénible, long et infructueux. Quant au gonflement des mamelles et à l'écoulement d'une matière laiteuse qu'on pourrait regarder comme une véritable sécrétion conséquente à la mort du fœtus et à une sorte d'accouchement intérieur (1), ce signe est de nulle valeur, même pendant la grossesse, s'il n'est suivi de leur affaissement. En effet, la plupart des femmes grosses ont, dès les premiers mois, les mamelles gonflées et remplies d'un lait séreux, et souvent ce

(1) Quand le fœtus est mort, dit le professeur Dubois, l'accouchement est fait pour la nature, et elle prépare le lait comme si l'enfant était né.

gonflement se renouvelle vers la fin de la grossesse quoique le fœtus soit bien portant; mais un affaissement complet peut, pendant la gestation, faire penser, comme l'assure Hippocrate, que l'excitation des mamelles, causée sympathiquement par l'activité de l'utérus, mise en jeu par le fœtus vivant, cesse dès que l'utérus lui-même est tombé dans l'inertie après la mort du fœtus. Mais ce signe ne peut être regardé comme valable dans un travail fébrile, puisqu'il peut être un simple effet du collapsus adynamique, sans que le fœtus ait cessé de vivre; et d'ailleurs j'ai vu maintes fois les mamelles se dégonfler à plusieurs reprises pendant le cours de la grossesse la plus heureuse pour l'enfant et pour la mère. Voici encore un exemple bien propre à mettre en défiance, même pendant le cours de la grossesse. Le professeur Desormeaux a vu une femme enceinte de deux mois, affectée d'un malaise général avec rapports nidoreux, haleine fétide, affaissement des mamelles et du bas-ventre, et issue, par le vagin, d'une sérosité brunâtre et putride : cependant l'enfant n'était point mort, puisqu'il est né, avec le développement convenable, au terme de six mois et demi. (*Dict. méd.*, tom. III, pag. 185.)

C. Les signes idiopathiques ou locaux ont plus de valeur que les précédens; mais tous ne sont pas d'une égale importance : ainsi la laxité de l'utérus et la facilité avec laquelle il tombe sur le côté où la femme s'incline est fort souvent diffi-

cile à saisir. Une femme que j'ai suivie pendant les derniers mois de sa grossesse, se plaignait de cette chute brusque d'un poids incommode sur le côté où elle se couchait; l'abdomen était en même temps flasque, inégal, et cependant elle est accouchée à terme d'un enfant bien constitué. Cet affaissement, cette mollesse de l'abdomen manquent presque toujours, quoi qu'en disent les auteurs; le ventre cesse de croître quand l'enfant meurt prématurément; mais il ne s'affaisse presque jamais, si ce n'est quand l'accouchement est prochain; mais alors c'est un phénomène naturel, un effet du relâchement du col utérin, de la descente du fœtus vers l'excavation, et non un signe de sa mort.

Je ne pourrais rien dire du refroidissement de l'abdomen noté par Rhodion, si ce n'est qu'aucune des femmes que j'ai accouchées d'enfans morts ne m'a déclaré ce symptôme. Un de ceux dont on a le plus parlé, c'est l'absence des mouvemens du fœtus: il est rare, en effet, qu'une femme dont l'enfant est mort croie le sentir encore: cependant cela s'est vu (1), même chez des femmes qui n'étaient pas enceintes, soit que des spasmes intestinaux les aient induites en erreur (Mylius, *de Sig. Fœt. viv. et mort.*, § 2), soit que, comme l'a vu Frank, la fluctuation des eaux d'une ascite en ait imposé même aux gens de l'art. Mais il

(1) *Voyez* 8e Mémoire, obs. n° 3.

est bien plus fréquent de voir un enfant vivant n'exécuter aucun mouvement appréciable pour la mère et pour l'accoucheur, ces mouvemens cessant presque toujours, dit Boër (pag. 161), dès que les eaux sont écoulées et l'utérus serré sur l'enfant. Je connais une dame qui a été dans ce cas pendant tout le cours de sa grossesse, et l'on en cite d'assez nombreux exemples (VOIGTEL, *Semiol. obst.*, p. 12, note *e*) : une grande quantité d'eau peut être cause de cette particularité (MYLIUS, § 5). Il est bien plus ordinaire encore que l'enfant cesse pendant quelques jours seulement de se mouvoir (1) : la pléthore cause souvent cet effet, qui est alors de mauvais augure. Mauriceau parle d'enfans vivans qui, pendant deux jours (obs. 33) et même quatre ou cinq (nouv. obs., n° 9), n'ont exécuté aucun mouvement. Baudelocque a vu tous les signes sympathiques ci-dessus énoncés se joindre à une immobilité complète du fœtus, à la suite d'une chute faite au sixième mois ; cet état dura quinze jours, après lesquels les mouvemens se firent de nouveau ressentir. Une autre femme, après une vive frayeur, passa dix jours sans que l'enfant exécutât aucun mouvement sensible ; ce terme écoulé, elle accoucha d'un enfant robuste.

---

(1) Exemples : SMELLIE, tom. II ; MAUNOURY, *Bibl. méd.*, tom. LXXVI, pag. 88 (quinze jours d'immobilité après une chute de la mère) ; LÉVÊQUE LASOURCE, *ibid.*, pag. 92. (Cinq semaines d'immobilité, perte de sang, etc.)

On a dit que le fœtus exécutait souvent de violens mouvemens avant de mourir ; on a dit aussi avez raison que ces mouvemens s'affaiblissaient par degrés ; d'où l'on peut conclure que l'on ne doit rien déduire de la manière dont est arrivée cette inertie du fœtus. On peut donc dire que les mouvemens bien constatés du fœtus sont un signe certain de sa vie ; mais on ne peut pas assurer que leur absence annonce la mort de l'enfant. Nous porterons le même jugement du moyen proposé par le docteur Kergaradec, je veux dire l'auscultation. On sait que ce médecin a reconnu qu'en appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur l'abdomen d'une femme enceinte, on pouvait entendre fort distinctement les battemens du cœur du fœtus. Rien n'est plus vrai, et il est impossible de s'y méprendre quand on les a une fois entendus soit de cette manière, soit en approchant l'oreille du dos d'un enfant nouveau né ; mais il n'est pas toujours facile de rencontrer le point où ces battemens se font entendre ; souvent on ne les entend pas du tout quoique l'on sente les mouvemens du fœtus : sans doute parce qu'il est nécessaire, pour la transmission du bruit, que le dos de celui-ci soit appliqué contre la matrice, et celle-ci contre les parois abdominales. Il est donc constant que toutes les fois qu'on entendra distinctement ce battement double et rapide, le fœtus est vivant ; mais si l'on ne peut l'entendre, ce ne sera qu'une présomption beaucoup plus lé-

gère encore que celle que donne l'absence des mouvemens des membres de l'enfant pour croire à la mort de celui-ci.

Nous avons jusqu'ici supposé l'utérus fermé et les membranes intactes ; mais leur ouverture pendant le travail peut fournir de nouveaux signes de la plus haute importance.

1°. L'écoulement de matières putrides et du méconium est le premier symptôme qui puisse suivre cette ouverture. Certes, si dans les matières putrides on reconnaît des lambeaux de peau, des portions d'os, etc., on ne doutera plus de la mort de l'enfant : c'est ce que nous avons rencontré plusieurs fois ; mais il arrive souvent que l'eau qui entoure un fœtus mort n'est ni bourbeuse ni fétide (BAUDELOCQUE) ; au contraire, comme nous l'avons déjà dit (tome 1er, p. 213 et 441), le fœtus rend parfois assez de méconium pour troubler l'eau, quoiqu'il soit à peine affaibli, et cette eau, pour peu qu'elle séjourne dans le vagin avec le contact de l'air, y contracte souvent une odeur insupportable. Ajoutons que, lorsque l'enfant présente les fesses, il rend abondamment le méconium, quelque vigoureux qu'il soit d'ailleurs.

2°. Si l'on peut toucher la partie qui se présente, on acquerra de nouveaux renseignemens. Ainsi, lorsque la main ou la face sont voisines de l'orifice, on peut exciter avec le doigt les mouvemens de ces parties, ceux de la langue ; mais ces mouvemens peuvent avoir cessé par l'effet d'une

asphyxie passagère (tom. 1er, p. 456) (1). La tuméfaction de la partie qui se présente, et la mobilité des os ne sont guère appréciables que pour la tête; mais il faut savoir que, chez les enfans putréfiés, la peau du crâne est souvent infiltrée de manière à simuler une énorme tuméfaction; que la conservation des membranes avec peu d'eau prévient souvent la tuméfaction chez un enfant vivant; et enfin qu'il est de ces enfans (surtout les avortons) dont les os du crâne vacillent aisément les uns sur les autres. L'accroissement *progressif* et la *tension* graduelle de cette tumeur sont assurément des signes certains de la vie de l'enfant (tom. 1er, p. 289); mais, du ramollissement de cette tumeur, de sa consistance pâteuse, on ne peut conclure qu'il est mort, car cette consistance se prononce ordinairement quand il se forme un vrai thrombus. On ne peut pas non plus, de la persistance de la tumeur, conclure la persistance de la vie; car, quand elle est parvenue à un certain degré, cette tumeur ne se dissipe point après la mort.

L'ablation des cheveux et de l'épiderme ne prouverait aussi la putréfaction que si elle avait lieu par lambeaux considérables et sans tumeur,

---

(1) Il ne faut pas croire d'ailleurs que l'enfant tette alors le doigt, comme on le dit mal-à-propos; il n'exécute que quelques mouvemens irréguliers. Il n'est pas moins faux qu'un enfant mort soit plus froid qu'un vivant. Le petit cadavre est toujours pénétré de la chaleur maternelle.

car la gangrène ou la contusion répétée d'une partie déjà engorgée en peuvent aisément enlever l'épiderme (Wrisberg), quoique l'enfant soit vivant.

3°. Ce décollement de l'épiderme sur un membre sorti de la vulve n'indique rien non plus s'il est partiel et forcé, si le membre est tuméfié, etc. Pour la même raison (engorgement et gangrène) il ne faudrait pas déclarer le fœtus mort parce que ce membre serait refroidi, ou parce qu'on n'en sentirait plus battre les artères. Le moindre engorgement suffit pour masquer les pulsations de ces vaisseaux.

Je n'ai pas parlé de la pulsation des fontanelles : ce prétendu signe est avec raison rejeté par Mylius. La tuméfaction empêcherait d'en profiter, quand même ces pulsations seraient assez fortes pour être appréciées au toucher (1).

Mais nul indice ne sera plus certain que ceux que fournira l'issue du cordon ombilical. Si ce cordon est fortement comprimé depuis une ou plusieurs heures, s'il est froid, flétri, putréfié ; si surtout ses pulsations ont cessé depuis long-temps, on ne peut plus conserver qu'un bien faible espoir. *Voyez* cependant dans l'un des précédens Mémoires quelques exceptions à cette règle.

4°. Les mêmes moyens d'exploration et quelques-uns de plus sont à notre portée quand le tronc

---

(1) Les battemens des artères temporales, qu'on a aussi conseillé d'explorer, ne se font même pas sentir à travers la peau du nouveau-né le mieux portant.

de l'enfant est dehors et la tête seule dans le bassin. L'immobilité du cœur et du thorax, des membres, du cordon, l'aspect de la peau, etc., ne permettront alors aucune erreur. Ai-je besoin de dire qu'il en est à plus forte raison de même quand déjà le rachis s'est séparé de l'occipital ? Cette séparation est le premier degré de la détroncation et du séjour de la tête seule dans l'utérus, circonstance qui indique, aussi-bien que la présence d'un fœtus entier et dont la mort est certaine, la perforation du crâne et l'application des crochets.

En résumé, nous dirons ici, comme dans bien d'autres endroits, qu'il ne faut pas s'en rapporter à un seul signe, à moins qu'il ne soit péremptoire, mais qu'il faut en réunir une masse suffisante pour ne point s'exposer à cette horrible déconvenue dont M. Murat a rassemblé plusieurs exemples (*Dict. Sc. méd.*, t. XL, p. 201), et dont nous avons déjà cité quelques observations (t. II, p. 219), auxquelles on peut ajouter celles de Saviard (p. 367), d'Amand (p. 273), etc.

Après ces préliminaires indispensables nous allons parler de l'application des instrumens qui doivent entamer les tissus du fœtus dont la mort est bien certaine, c'est-à-dire des *crochets* et du *perce-crâne*.

§ VI. Je réunis dans le même paragraphe *l'emploi des crochets et celui du perce-crâne* parce qu'en effet, dans le cas de resserrement du bassin porté à un certain degré, l'application des crochets n'aurait sur celle du forceps aucun avantage si l'on

ne la faisait précéder de la crâniotomie. Cette dernière opération est presque toujours alors indispensable, et c'est par elle que nous allons commencer. L'incertitude dont j'ai parlé plus haut doit empêcher d'en venir à ce moyen extrême à moins d'une absolue nécessité, et fort souvent le forceps ou la version suffisent pour terminer l'accouchement quand le bassin n'est que médiocrement resserré : c'est ce que m'a appris l'expérience : aussi peut-on voir dans mon dernier tableau que trois fois seulement j'ai eu recours à la crâniotomie pour des rétrécissemens du bassin, tandis que le premier en donnait treize exemples. Je n'y ai donc jamais recours que dans le cas d'insuffisance reconnue du forceps ou de la version, et je ne m'y décide guère qu'après avoir tenté l'un ou l'autre. La version, faite auparavant, a l'avantage inappréciable de donner des notions certaines sur la vie du fœtus et de décider la section pubienne si la vie n'est point éteinte. Je ne sais si dans un cas où l'on craindrait que la symphysiotomie ne fût insuffisante, il ne vaudrait pas mieux porter la main dans l'utérus, chercher le cordon ombilical et s'assurer ainsi de l'état sanitaire de l'enfant, afin de s'abstenir de la version, et de pratiquer sur-le-champ l'opération césarienne s'il donnait quelque signe de vie ; dans le cas contraire, quel que soit le resserrement du bassin, pourvu qu'il permette le passage de la main de l'accoucheur, on doit, je pense, rejeter la section césarienne, et tel est aussi le sentiment de

Boër (p. 159). Si la main peut passer, le corps et les membres de l'enfant passeront aussi, et la tête pourra être extraite ensuite après l'ouverture du crâne. Ramsbotham (obs. 75) y est parvenu en conservant la mère, quoique le bassin n'eût que dix-huit lignes de diamètre sacro-pubien, et l'on trouvera ci-après quelques faits semblables. On pourrait penser que la version du fœtus est alors plus nuisible qu'utile, qu'elle rend inaccessibles les fontanelles du crâne, que la présence du tronc au dehors gêne l'application du perce-crâne et des crochets : nous verrons qu'il est un moyen de remédier à ces difficultés; et dès qu'on a ouvert et vidé le crâne, on doit sentir qu'il est bien plus facile de l'extraire par le moyen du cou, auquel il tient encore, que par le moyen des crochets, qu'on aura toujours de la peine à bien diriger dans un bassin difforme, ou du forceps, qui laissera continuellement échapper cette tête qui n'offre plus de prise à ses cuillers, surtout si, comme Boër en manifeste la crainte (p. 548) et comme on en conçoit facilement la possibilité, les épaules s'arrêtent, mal dirigées, au détroit supérieur, dont le resserrement a formé les premiers obstacles.

Bien des instrumens ont été proposés pour la perforation du crâne, depuis le bistouri jusqu'aux tire-têtes d'Avicenne, de Mauriceau, de Levret, etc., destinés à la fois à percer et à accrocher la tête de l'enfant; presque tous ont été abandonnés, même les perforateurs à gaîne de Denys et de Ould, même

l'anneau-scalpel de Simson (*Essais d'Ed.*, t. v, pag. 570), pour les ciseaux de Smellie et de Valbaum, tranchans, comme on sait, en dehors. Tous ces instrumens pénètrent avec facilité dans les fontanelles et les sutures; mais il n'en est pas ainsi des surfaces osseuses. Or, il est souvent difficile, et quelquefois impossible, si la base du crâne s'avance la première, d'atteindre une fontanelle (1). Nous nous sommes vus une fois dans la nécessité d'enfoncer à force de bras les ciseaux de Smellie dans l'occipital; et après cette pénible introduction, il fallut encore des efforts violens et répétés pour en écarter les lames et agrandir l'ouverture: les branches de l'instrument se faussaient au lieu de rompre les os. Ces difficultés m'ont porté à imaginer un instrument qui peut indifféremment traverser sans peine ou les os ou les cartilages, y faire une large ouverture, broyer promptement l'encéphale, se fixer au besoin dans les parois solides et dans la base du crâne, et, au besoin aussi, briser cette base pour lui donner la flexibilité qui lui manque, et qui rendrait quelquefois inutile la perforation de la voûte et l'évacuation de la masse encéphalique. Ces avantages m'ont semblé réunis dans une espèce de vis conique, construite à l'imitation du tire-fond que l'on joint ordinairement au trépan. Le cône qu'elle forme a un pouce et demi de hauteur et autant de diamètre à la base;

(1) Ce qui suit appartient à l'éditeur.

les pas en sont séparés par une sinuosité très-profonde; eux-mêmes sont tranchans, à l'exception du plus large, qui est mousse et destiné à protéger les parois du vagin lors de l'introduction de l'instrument. Cette vis, portée sur une tige cylindrique, munie d'un manche à facette, pénètre avec la plus grande facilité dans des os beaucoup plus durs que ceux du fœtus; elle s'engage solidement et fournit une prise assurée quand on ne la fait pénétrer qu'aux deux tiers de sa longueur : poussée plus avant, elle sépare, elle fend et brise à la manière d'un coin les os qu'elle traverse. Cet instrument n'a encore été essayé que sur le cadavre; mais sa manière d'agir est si simple et si évidente que je ne doute pas qu'on n'en obtienne dans l'occasion les résultats que je viens d'annoncer. Il serait surtout, je pense, très-avantageux et comme perforateur et comme extracteur dans le cas où la tête, arrachée du tronc, serait restée seule dans la matrice; il pourrait du moins la briser de manière à en rendre la sortie extrêmement facile.

Lorsqu'on a ouvert le crâne et fait sortir la masse cérébrale, il arrive quelquefois que la nature suffit à l'expulsion de l'enfant; c'est même une pratique recommandée par Boër (pag. 546), par Denman (tom. II, pag. 212), et appuyée sur l'exemple de Kelly, de Makenzie et d'Osborn, que de laisser séjourner le fœtus ainsi mutilé pendant vingt-quatre heures dans la matrice; l'ex-

traction en devient, disent-ils, plus facile et plus heureuse, lors même que la matrice ne se débarrasse pas seule de son contenu. Une tête laissée dans l'utérus en est sortie putréfiée le quatrième jour, d'après le témoignage d'Asdrubali (tom. III, pag. 84). Et Boër assure que la même chose lui est souvent arrivée (pag. 549). Suivant Simson, trois à quatre heures suffisent pour ramollir les chairs et les détacher des os comme si elles eussent été bouillies, et il en cite deux exemples (*l. c.*). Je ne nie point la possibilité de tels faits (1); mais je crois qu'il est dangereux de prolonger ainsi les souffrances de la femme : ce n'est pas impunément qu'on peut donner plusieurs jours de durée à un travail pénible et qui a déjà nécessité les efforts de l'art; efforts qui ont nécessairement accru, du moins passagèrement, la fatigue et les douleurs. C'est d'ailleurs renouveler sans fruit l'appareil effrayant d'un accouchement forcé. C'est pourquoi je pense qu'il vaut mieux se résoudre à faire succéder immédiatement ou l'application du forceps si le bassin est assez large et qu'on espère avoir encore assez de prise sur la tête, ou

(1) Il suffit de lire les observations assez nombreuses de Ramsbotham sur la perforation du crâne pour voir que la nature ne remplit pas toujours en pareil cas l'attente de l'accoucheur. Il a été presque constamment forcé d'en venir à l'extraction des fœtus dont il avait vidé le crâne plusieurs heures auparavant.

celle des crochets mousses et aigus dans le cas contraire. Je ne parlerai point de la nécessité de conduire ces crochets par la partie la plus libre du bassin, de s'assurer parfaitement du lieu sur lequel on les fixe, etc.; avis minutieux que le bon sens seul dictera à toute personne prudente, et sur lesquels nous nous sommes déjà arrêtés dans le premier volume. Disons seulement un mot de l'avantage des diverses formes de crochets et de la manière dont nous avons une fois procédé. Le bassin était si étroit que le crâne vide ne pouvait encore le franchir, et que la main ne pouvait passer au-dessus. Les crochets déchiraient la partie sur laquelle on les appliquait, et la tête remontait aussitôt (par sa propre élasticité qui se trouvait forcée chaque fois qu'on l'enfonçait un peu dans le bassin) au-dessus du détroit supérieur. J'appliquai d'abord vers l'oreille un crochet à courbure fort courte, et fait presqu'en forme de griffe; j'abaissai la tête autant qu'il était possible de le faire sans déchirure, puis la faisant maintenir ainsi, j'en appliquai un peu plus haut un deuxième plus courbé que le précédent. Celui-ci procura un abaissement plus considérable encore; mes doigts purent arriver jusqu'à la voûte du crâne, y diriger et y enfoncer le crochet à large courbure qui termine les branches du forceps du professeur Dubois. Dès-lors je fus assuré de ne point perdre prise, et j'employai toute ma force à terminer l'extraction, qui ne se fit pas attendre.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES,

Faisant suite au onzième Mémoire.

N° Ier.

Plusieurs exemples de resserrement du bassin ; accouchement spontané.

I. 6 frimaire, L. Hot....., *à terme ;* détroit supérieur de trois pouces (d'avant en arrière); douleurs de reins ; efforts violens qui rompirent les membranes. *Position transversale ;* la suture sagittale sur l'angle sacro-vertébral, et le *pariétal droit* au centre du bassin. Le sacrum paraît plat et peu concave. Travail lent, tuméfaction graduelle de la tête du fœtus et des organes génitaux de la mère. On sentit distinctement le pariétal gauche glisser le long du sacrum, de sorte que la tête descendit par un mouvement d'arc de cercle qui redressa le vertex. La rotation horizontale n'eut lieu que quand les parties molles seules retenaient la tête déjà sortie de l'excavation pelvienne. Epaules sorties, l'une en devant, l'autre en arrière. Enfant faible et mort peu après.

II. Femme de vingt-quatre ans, rachitique, boiteuse, *ensellée ;* bassin de trois pouces : elle

n'a marché qu'à cinq ans. Premier accouchement spontané après un travail de trente-six heures. Enfant putréfié et du poids de *neuf livres*. Deuxième accouchement, à terme, le 26 septembre 1810. Membranes rompues, orifice en arrière et à gauche, *échancré* par des cicatrices. Tête du fœtus haute et tuméfiée. Fièvre. (*Bains de siége.*) Le 27, à six heures, les douleurs assoupies se réveillent, et la tête descend en première position. Garçon de six livres, couvert de méconium; cordon flétri, verdâtre, pulsant encore; roideur générale avec secousses convulsives. Thrombus sur le côté droit et postérieur du crâne. Au-dessus de l'oreille droite, dépression due aux pubis; enfoncement plus profond au *pariétal* droit, dû à l'angle sacro-vertébral et accompagné de fracture. Mort le quatrième jour. La mère s'est rétablie.

III. M. A. Lol....., entrée à l'hospice le 30 brumaire an 12, y accoucha spontanément d'un garçon vivant et pesant sept livres, assez volumineux par conséquent, après un travail de vingt-sept heures. Cet enfant s'était présenté dans la première position (vertex). Le détroit supérieur du bassin n'avait d'avant en arrière que *trois pouces*.

IV. Le 2 frimaire, même année, la nommée Mart... mit également au monde une fille faible, mais viable et du même poids à-peu-près : le travail ne dura cependant que dix-sept heures, quoique le bassin parût n'avoir, au détroit supérieur et du sacrum aux pubis, que *trois pouces moins un quart*

d'étendue. Cet enfant s'était présenté dans la première position comme le précédent.

V. Le 10 brumaire an 13, J. M. Lej....., après avoir souffert pendant quarante-huit heures, donna le jour à un garçon du poids de six livres et demie, quoique le bassin n'eût *que trois pouces*, comme ceux dont il vient d'être question. Cet enfant était asphyxié, mais il fut ranimé. La tête, qui avait présenté le vertex dans la deuxième position, offrait les dimensions suivantes : 1°. du front à l'occiput, cinq pouces; 2°. du menton à l'occiput, six pouces; 3°. d'un pariétal à l'autre, trois pouces.

VI. Le 17 messidor de la même année, nous eûmes un exemple bien plus remarquable encore, mais dont les suites furent funestes. On nous amena la nommée Cat. Coth....., dont le bassin n'avait que *deux pouces* d'avant en arrière; elle était en travail depuis quatre jours, et accoucha spontanément d'une fille morte depuis peu, et du poids de six livres et demie : elle avait présenté le vertex dans la deuxième position. La mère, qui accouchait pour la première fois, périt trois jours après l'événement.

VII. Le 8 août 1806, Suzanne Hers... accouche, en trente-deux heures, d'un garçon viable, pesant cinq livres, et se présentant dans la deuxième position du vertex. Le détroit supérieur a *trois pouces un quart*. La femme meurt, deux jours après, d'une péritonite.

VIII. Le 23 novembre 1806, El. Az..., dont le

bassin n'a que *trois pouces*, met au monde, en quinze heures, un garçon viable et du poids de six livres, présentant le vertex dans la première position.

IX. Le 28 du même mois, même année, C. Rip... accouche, dans le même espace de temps, d'un garçon vivant, pesant quatre livres trois quarts, et présentant le vertex dans la deuxième position. Le bassin avait *trois pouces moins un quart.*

X. Le 5 octobre 1807, V. Cal....., après trente-quatre heures de travail, accouche d'une fille morte, se présentant dans la première position du vertex et pesant six livres et demie; elle-même succombe à la péritonite. Le bassin avait *deux pouces neuf lignes.*

XI. A travers un bassin de *même dimension* naît, le 8 septembre 1809, un garçon mort, présentant le vertex en première position, et pesant six livres. La mère, nommée M. A. Guér..., s'est promptement rétablie.

XII. La nommée J. Grij..... dont le bassin n'offrait pas plus de *deux pouces et demi*, avait eu déjà un accouchement difficile dont nous rendrons par la suite un compte plus détaillé. Un an après, le 2 prairial an 13, elle accoucha spontanément, *au terme de six mois*, d'un garçon de trois livres moins un quart, présentant la face dans la quatrième position. Le travail dura vingt-quatre heures; l'enfant n'a pas vécu.

XIII. Ce fut *au terme de sept mois* qu'Ant.

Lesn.... mit au jour un garçon viable, du poids de quatre livres, et qui avait présenté le vertex dans la deuxième position. Le travail dura sept heures, et l'accouchement s'opéra le 3 septembre 1807. Le bassin avait *deux pouces trois quarts* d'étendue antéro-postérieure au détroit abdominal.

N° II.

Trois exemples d'application du forceps pour resserrement du bassin; première position du vertex (1).

I (2). L. Fert..., robuste, âgée de vingt-six ans; première grossesse, à terme; travail commencé le 18 septembre 1823. Le 19 au soir, dilatation complète, tête haute et tuméfiée, céphalalgie, etc. (*saignée*); inertie de l'utérus jusqu'au 20, à deux heures après midi. La sage-femme en chef appliqua alors le forceps; la branche droite fut portée en arrière et à gauche; la gauche fut glissée à droite et un peu en avant. La difformité du détroit, quoique légère, gêna beaucoup le mouvement spiral de cette branche. Le forceps articulé, la tête fut extraite selon les règles. Au *détroit inférieur* elle éprouva encore quelques difficultés à sortir, ce qui fit présumer que ce détroit était aussi un

(1) *Voyez* d'autres exemples, tom. 1er, pag. 205, 275, 281, etc.

(2) Observation communiquée par madame Legrand.

peu vicié. L'enfant (garçon de cinq livres et demie) naquit faible, et cessa de vivre peu après sa naissance. La femme a succombé à une péritonite le troisième jour de ses couches.

II. La nommée Seg... fut apportée à l'hospice le 2 juillet 1810, sans connaissance et dans un état comateux. Plusieurs accès d'éclampsie eurent lieu avant et après l'accouchement, que suivit une fièvre cérébrale qu'on parvint aisément à guérir. La tête de l'enfant se présentait en première position; le détroit supérieur n'avait, d'avant en arrière, que *trois pouces et demi* d'étendue. Le forceps fut appliqué suivant la méthode ordinaire, et nous amenâmes par ce moyen, au dehors, un garçon vivant, et du poids de cinq livres et demie. Le travail avait duré trente-quatre heures : nouvelle preuve que l'éclampsie de la mère ne tue pas toujours le fœtus. (*Voy.* l'un des Mémoires précédens.)

III. 1er mars. Femme rachitique, âgée de vingt-trois ans, primipare, à terme. *Détroit supérieur de trente-trois ou trente-six lignes ; deux pouces et demi seulement entre les tubérosités sciatiques.* Epine sciatique gauche fort saillante, *tête transversale*, première position; arrivée dans l'excavation, elle s'arrête; les douleurs cessent. Après cinq heures d'attente, on appliqua le *forceps*. La spirale ordinaire conduisit la branche gauche entre les pubis et le pariétal droit; la droite fut glissée dans la concavité du sacrum. Cela fait, on fit faci-

lement exécuter à la tête *la rotation horizontale*, et l'extraction fut à l'instant terminée. Enfant vivant et pesant six livres.

On notera la coexistence d'une étroitesse antéro-postérieure au détroit abdominal et d'un resserrement en travers au détroit périnéal.

N° III.

Plusieurs exemples d'application du forceps pour resserrement du bassin; deuxième position du vertex.

I. Femme de vingt-quatre ans, lymphatique, rachitique dans son enfance, et n'ayant marché qu'à l'âge de dix-huit mois, fort petite et présentant diverses courbures des jambes et des cuisses, à terme et enceinte pour la première fois. Premières douleurs le 22 septembre 1811, à minuit; à trois heures du matin, rupture spontanée des membranes; tête fort haute. A neuf heures, la tête s'engage un peu dans le détroit, et l'on reconnaît la deuxième position du vertex. A cinq heures du soir, elle n'est point plus basse; la dilatation est complète. On reconnaît que le diamètre sacro-pubien du détroit n'a que *trois pouces et un quart* d'étendue. L'utérus, vide d'eau et contracté, ne permettant plus la version, le forceps est appliqué; la branche droite est conduite, par un mouvement spiral, de l'échancrure sciatique gauche à la région cotyloïdienne du même côté; elle s'applique ainsi sur le pariétal gauche; la branche gau-

che est glissée directement au-devant de l'échancrure sciatique droite et appliquée sur le pariétal droit : c'est du moins ce qu'on cherche à obtenir : cependant la tête résista aux tractions ; le forceps fut désarticulé et les branches placées plus diagonalement que d'abord : dès-lors l'extraction devint facile. L'enfant, né faible, était un garçon du poids de cinq livres; il mourut douze heures après la naissance; le *frontal droit* avait été *enfoncé et fracturé* par la saillie sacro-vertébrale. Ce fait a confirmé notre diagnostic relativement à la position du fœtus.

Délivrance naturelle suivie d'une péritonite qui amena la mort trois jours après l'accouchement.

II. Une femme robuste, âgée aussi de vingt-quatre ans, avait déjà eu deux enfans extraits à l'hospice à l'aide du forceps : le premier avait vécu; le deuxième était mort. Le bassin n'avait d'avant et arrière que *trois pouces et trois ou six lignes*. Le 26 novembre 1815, elle arriva souffrant depuis deux jours. A midi, rupture spontanée des membranes, douleurs expultrices; à quatre heures, dilatation complète; la tête s'engage dans le détroit supérieur offrant le vertex dans la deuxième position; elle s'y arrête et se tuméfie. L'application du forceps, jugée nécessaire, fut exécutée sur-le-champ à la manière ordinaire; puis des tractions, dirigées en arrière et selon l'axe du détroit supérieur, la firent descendre dans l'excavation; la rotation horizontale s'opéra peu à peu à mesure

qu'on releva le forceps en le redressant. La tête, une fois arrivée à la vulve, fut débarrassée de l'instrument; elle sortit peu après. L'enfant vivait; c'était un garçon pesant six livres; la région occipito-pariétale gauche était recouverte d'une tumeur très-saillante.

La mère est sortie en bonne santé sept jours après.

III. Le 4 avril 1817, arriva à l'hospice une femme sanguine, âgée de vingt-cinq ans, enceinte pour la première fois, à terme et en travail. Membranes rompues, tête haute, crâne tuméfié, douleurs fortes, vessie développée; cathétérisme difficile à cause de la pression de la tête du fœtus sur les pubis de la mère; bassin resserré. Dix heures après l'arrivée de cette femme, dilatation complète, douleurs presque nulles, position inconnue. Le forceps fut placé d'un côté à l'autre du bassin; articulé sans peine, il fit aisément descendre la tête; arrivée à la vulve, elle fut abandonnée à la nature, et l'on remarqua qu'après son expulsion la face se tourna vers la cuisse gauche de la femme, suite ordinaire d'une deuxième position que la tuméfaction des tégumens du crâne avait empêché de reconnaître.

L'enfant, du sexe masculin, pesait six livres et ne donnait aucun signe de vie. La mère a éprouvé pendant plusieurs semaines de vives douleurs dans les symphyses du bassin, qui ont conservé, pendant tout son séjour à l'hospice, une *mobilité* qui gênait la progression.

Le forceps avait porté sur le frontal gauche et non sur la face. C'est le meilleur parti qu'on puisse prendre dans ces cas douteux, que d'appliquer le forceps sur les côtés du bassin. (*Voy.* le tom. 1er, pag 62.)

N° IV.

Plusieurs exemples de resserrement du bassin; rigidité de l'orifice; première position; forceps; rupture du crâne, etc.

I (1). J. Thier..., âgée de vingt-sept ans, arrivée à l'hospice le 17 juin 1823. Première position du vertex, qui commence à se tuméfier; membranes rompues, orifice étroit et à bords épais, douleurs faibles, angle sacro-vertébral facilement accessible. (*Saignée, bains.*) Nul changement. (*Pommade de belladona* portée sur les bords de l'orifice.) Cinq heures après, la tête a franchi l'orifice. Épuisement, inertie; crâne à peine engagé dans le détroit; peau du crâne considérablement tuméfiée et descendant dans l'excavation; *forceps* appliqué et articulé difficilement. La tête ne descendit qu'à l'aide de tractions violentes : au moment où elle franchissait le détroit supérieur, *craquement soudain* suivi de l'issue d'une grande quantité de matière encéphalique. La tête, ramollie alors, laissa glisser le forceps; le crochet aigu ne put avoir

(1) Observation communiquée par madame Legrand.

une prise suffisante ; le forceps fut replacé, serré avec force, et amena un garçon pesant sept livres. Les difficultés éprouvées en dernier lieu firent présumer que le détroit inférieur était également vicié : le travail avait duré soixante-douze heures. Une hémorrhagie considérable nécessita l'introduction de la main et l'extraction du placenta, qui était en partie adhérent.

L'occipital était fracturé, et la peau du crâne déchirée au même endroit.

Cette fracture a été dûe sans doute à la mauvaise position des branches du forceps déviées par la difformité du détroit supérieur, et peut-être aussi de l'inférieur. (*Voyez* t. 1er, p. 74 et 76.)

II. L. Gaud...., petite, âgée de trente-un ans, enceinte pour la troisième fois, à terme. Premier accouchement en 1814 à l'aide du forceps; enfant mort. Deuxième accouchement, le 29 janvier 1818, opéré par la version avant rupture des membranes, et terminé par l'application d'un crochet mousse dans la bouche du fœtus. Deuxième position; enfant pesant six livres, faible et mort après vingt-quatre heures; *bassin de trois pouces*, plus large à droite qu'à gauche. Troisième travail commencé le 24 mars 1820 au soir; membranes rompues prématurément, tête haute et tuméfiée, douleurs inutiles jusqu'au 25 matin. Première position un peu transversale et inclinée; le pariétal droit au centre du détroit et chevauchant sur l'autre; *forceps* placé

sur les côtés du bassin, branches très-écartées, tractions en bas et en arrière ; une secousse annonce que la tête a franchi le détroit. Alors tractions en haut et en avant. Ablation des branches du forceps accompagnée de la rotation spontanée de la tête et suivie immédiatement de son expulsion. Garçon vivant, pesant six livres deux onces ; pariétal droit couvert d'un énorme thrombus; *dépression profonde de six lignes* (angle sacro-vertébral), et s'étendant vers l'orbite au frontal gauche ; œil rouge et saillant; traces de la branche gauche du forceps sur le frontal droit (*voyez* t. 1er, p. 62), et celles de la branche droite derrière l'oreille gauche.

Crâne mou, os mobiles; trois pouces trois quarts du fond de la dépression susdite à la région mastoïdienne droite.

La dépression s'est relevée en peu de jours, et l'ophthalmie a guéri promptement.

Fièvre angioténique guérie par la saignée.

III. Femme robuste, autrefois rachitique, et n'ayant marché qu'à quatre ans, âgée de vingt-quatre. Premier accouchement après quarante-huit heures de travail ; enfant mort. Deuxième accouchement le 15 décembre 1810; orifice en arrière, mais bientôt dilaté ; tête haute, graduellement tuméfiée ; position inconnue ; bassin *de trois pouces*; douleurs peu à peu affaiblies. 16 décembre, fièvre. (*Bains de siége, saignée.*) Soulagement ; engourdissement dans la jambe droite. Après vingt-six heures de travail, application du *forceps sur les*

côtés du bassin. Extraction prompte et facile, sans rotation horizontale. La tête s'étant présentée *presque longitudinalement* au diamètre antéro-postérieur du bassin (*voyez* tom. 1er, pag. 216), avait été prise presque d'un côté à l'autre. *Front déprimé* vers son côté gauche. Du fond de cette dépression à l'occiput, elle avait *trois pouces* de diamètre. Fille morte, *putréfiée*, du poids de quatre livres. Frontal gauche fracturé, ainsi que le pariétal du même côté. Mère bientôt rétablie après quelques symptômes de métrite. L'engourdissement de la jambe a duré quelques jours.

Cette position avait été qualifiée de troisième du vertex (B).

N° V.

Plusieurs observations de version pour resserrement médiocre du bassin; première position; enfans vivans.

I. Vingt-trois ans; femme rachitique; petite taille, jambes arquées; elle n'a marché qu'à trois ans, et n'a été réglée qu'à dix-huit. Première grossesse, à terme et en travail le 30 août 1811: douleurs faibles, dilatation graduelle, complète le 31 à huit heures du matin; tête fort haute, douleurs nulles, membranes entières. Le *cordon ombilical* pulse dans la poche membraneuse; au-dessous de la tête on sent aisément l'angle sacro-vertébral. Version opérée par mademoiselle de la

Houssoy. La première position présumée fit employer la main gauche; le pied gauche fut amené d'abord, puis le droit; évolution régulière et facile; extraction achevée comme pour la deuxième position des pieds. Fille de cinq livres et demie, vivante. Délivrance naturelle, suivie d'une péritonite guérie vers le dix-huitième jour.

II. Vingt-six ans; rachitisme qui n'a permis de marcher qu'à l'âge de cinq ans; première menstruation à treize ans. Deuxième grossesse; travail déclaré, à terme, le 13 février 1812: douleurs faibles; à une heure après midi, dilatation complète, tête haute, membranes entières, angle sacro-vertébral très-saillant. Version opérée de la main gauche par mademoiselle Guillaume. Extraction successive du pied gauche, puis du droit; évolution régulière. Garçon faible, mais viable, et pesant six livres. Suites de couches très-naturelles.

III. Vingt-huit ans; rachitisme qui n'a permis la progression qu'à l'âge de sept ans. Première menstruation à dix-sept. Première grossesse, à terme; travail commencé le 4 octobre 1812, au matin; le soir, dilatation complète, membranes entières, tête haute, en première position, difficilement reconnue; diamètre sacro-pubien estimé de *trois pouces et demi*. Version opérée par mademoiselle Dumur. Au contraire des deux dont la relation précède celle-ci, cette élève perça les membranes en entrant dans l'utérus, et amena le pied droit, qui croisait le gauche; celui-ci fut

amené ensuite, et l'extraction fut terminée sans peine comme pour la deuxième position des pieds. Fille de sept livres, vivante. Délivrance naturelle, suivie d'une fièvre gastrique bénigne.

IV. Vingt-sept ans; femme rachitique jusqu'à trois ans, réglée à dix-huit, enceinte pour la première fois, à terme et en travail le 19 janvier 1813. A dix heures du soir, dilatation complète, tête haute, présumée en première position; membranes entières, angle sacro-vertébral très-accessible au doigt. Mademoiselle Combes introduisit la main gauche et ne rompit les membranes qu'en saisissant le pied droit; le gauche amené ensuite permit d'opérer régulièrement l'évolution et l'extraction comme on l'a indiqué ci-dessus. Fille vivante et pesant cinq livres; placenta pesant une livre un quart. Suites de couches très-simples.

V. Vingt-un ans. Première menstruation à treize ans; première grossesse; travail à terme le 28 janvier 1814. Quelques courbures dans les os des cuisses et des jambes engagèrent à mesurer le bassin; le doigt donna trois pouces et demi pour le petit diamètre du détroit supérieur. Le 29 à midi, dilatation complète, tête haute et présumée en première position, membranes entières, douleurs faibles. Mademoiselle Fournier, élève de Paris, introduit la main gauche, pénètre dans les membranes en saisissant le pied gauche, puis amène le droit, et termine comme dans la seconde position des pieds. Enfant mâle, faible, mais viable

et pesant six livres. Délivrance naturelle suivie du développement d'une violente péritonite qui causa la mort quinze jours après l'accouchement.

N° VI.

Plusieurs exemples de resserrement plus considérable; première position; forceps inutile; version; crochet mousse; enfans faibles ou morts.

I. Le 9 thermidor an 11, la nommée M. Ant. Bou... fut accouchée par la version du fœtus après seize heures de travail. Les membranes étaient rompues, et la partie supérieure et postérieure du pariétal droit s'enfonçait dans le détroit supérieur; la suture sagittale appuyait transversalement sur l'angle sacro-vertébral (première position transversale). Le détroit n'avait guère, des pubis au sacrum, que *deux pouces et demi* d'étendue : cependant la version ne fut pas aussi difficile qu'on aurait pu s'y attendre, et l'emploi d'aucun instrument ne devint nécessaire. L'enfant était du sexe masculin et assez volumineux; on l'a estimé approximativement du poids de six livres et demie; mais il est probable que cette appréciation a été exagérée : il a donné quelques signes d'une vie bientôt éteinte : la mère s'est bien rétablie.

II. Le 7 août 1806, Magdeleine Br... fut également soumise à l'extraction manuelle du fœtus après un travail de trente heures. L'enfant présentait la

tête dans la première position, et ne donnait aucun signe de vie, soit avant, soit après la naissance. Les eaux, écoulées depuis long-temps, l'avaient laissé exposé *à nu* aux efforts de l'utérus : c'était un garçon du poids de six livres. Le détroit supérieur offrait *deux pouces trois quarts* dans son diamètre antéro-postérieur.

III. Le 17 août de l'année suivante, M. Br... se présenta à l'hospice, souffrant depuis quatorze heures. Les membranes étaient rompues ; la tête du fœtus tendait à s'engager dans le détroit supérieur, surtout du côté gauche ; le front était beaucoup plus abaissé que le reste du crâne (première position frontale), qui semblait faire sur l'angle sacro-vertébral et les pubis une sorte de bascule. L'enfant fut amené au dehors après avoir été saisi par les pieds, suivant les règles ordinaires : c'était une fille morte et du poids d'environ huit livres. Le détroit supérieur, n'ayant d'avant en arrière que *deux pouces dix lignes*, rendit fort difficile le passage de la tête, qui pourtant n'était pas considérablement déformée.

IV. Dans ce même mois d'août (le 24) de l'année 1809, une femme nommée Françoise Mich... fut le sujet d'une opération semblable. Son enfant fut amené par les pieds dix-huit heures après les premières douleurs ; les membranes n'étaient pas encore rompues, et l'enfant présentait le vertex dans la première position. La main gauche, introduite selon les règles, amena sans peine les pieds du

fœtus ; le tronc sortit avec une égale facilité ; le cordon et le cœur battaient d'abord, et les membres exécutèrent même quelques mouvemens ; mais la tête, retenue par le détroit, qui n'avait pas plus de *deux pouces un quart* d'étendue sacro-pubienne, nécessita des efforts qui devinrent funestes à l'enfant. Il naquit sans vie ; son poids était de six livres et un quart : c'était un garçon. La mère a été peu de jours après victime d'une fièvre adynamique.

V. Femme de quarante-trois ans, autrefois rachitique. Bassin de *deux pouces trois quarts*. Premier accouchement spontané au terme de six mois ; deuxième travail à sept mois de grossesse ; col encore long, mais graduellement dilaté vingt heures après la rupture des membranes ; tête engagée à peine dans le détroit, peau du crâne tuméfiée, enfant immobile, eaux de l'amnios chargées de méconium ; première position du vertex présumée. Version opérée de la main gauche, pieds amenés l'un après l'autre. Le tronc se tourna de manière que la tête se présenta aux détroits du bassin comme après la deuxième position des pieds. Il fallut introduire dans la bouche un *crochet mousse* pour en déterminer la flexion et en achever l'extraction. Enfant mort. Diamètre occipito-frontal, quatre pouces et demi ; bi-pariétal, trois pouces onze lignes ; occipito-mentonnier, cinq pouces.

VI. Joséphine Mous..., âgée de vingt-deux ans, faible, petite, difforme, primipare, à terme. Mem-

branes rompues le 22 octobre 1815; orifice encore étroit, tête haute, *bassin de deux pouces neuf lignes*. Nul changement jusqu'au 23 : alors douleurs plus fortes, dilatation complète le soir, peau du crâne très-tuméfiée, mouvemens de l'enfant. Une dépression se forme aux os du crâne vis-à-vis de l'angle sacro-vertébral : cependant nul progrès sensible. *Forceps* introduit avec peine ; articulation des branches impossible ; elles glissent toutes deux en arrière et sur les côtés de l'angle sacro-vertébral (détroit réniforme). Une anse de cordon glisse derrière la tête : la *version* est alors décidée et exécutée de la main gauche (première position) malgré la constriction de l'utérus. Les deux pieds, amenés à la fois dans le vagin, furent extraits successivement à cause de l'étroitesse de la vulve. Évolution facile; tête extraite avec peine et à la suite d'une secousse brusque dans laquelle s'opéra une dépression profonde au frontal gauche. Fille volumineuse, faible et non viable.

Délivrance naturelle et suites de couches très-favorables.

On voit, par ces exemples, combien le pronostic change dès que le diamètre antéro-postérieur acquiert un certain degré d'étroitesse. A trois pouces un quart, trois pouces et demi, vous sauvez presque tous les enfans que vous amenez par les pieds; à deux pouces et demi, trois pouces moins un quart, presqu'aucun ne naît vivant par ce moyen.

Il est à remarquer que la très-grande majorité de ces accouchemens difficiles a donné naissance à des garçons.

N° VII.

Trois exemples de resserrement médiocre; deuxième position; version; crochet mousse; rupture utérine, etc.

I. Le 23 mars 1808, la version du fœtus fut nécessitée, chez la nommée Mad. Lait...., par la présence du bras gauche au-dessous du vertex, qui se présentait en deuxième position. Cet accident s'était manifesté lors de l'ouverture spontanée des membranes; et une circonstance qui le rendait plus important encore, c'était l'étroitesse du bassin, dont le petit diamètre fut estimé de *trois pouces* environ. Le travail durait depuis douze heures. La version fut assez facile et très-régulière; elle donna naissance à un garçon *bien portant* et du poids d'environ sept livres et demie.

II. L'année suivante, le 4 février, la nommée L. Bauc..... arriva à l'hospice trente-six heures après le commencement du travail. Cette femme était dans un état pitoyable: des tentatives de divers genres n'avaient servi qu'à rompre l'utérus, et à faire sortir le cordon ombilical de l'enfant, dont la tête présentait le vertex dans la seconde position. J'amenai cet enfant après l'avoir saisi par les pieds, et avoir, chemin faisant, reconnu la déchirure de l'utérus, qui fut mieux constatée encore depuis la

mort de cette femme, qui arriva seize jours après l'accouchement. Le bassin n'avait que *trois pouces* au diamètre qui nous sert de point de départ ordinaire ; il s'était formé en outre un épanchement séro-purulent dans le thorax (pleurésie). L'enfant était putréfié et du poids de cinq livres : c'était un enfant mâle.

III. On apporta à l'hospice, le 6 juin 1809, une femme nommée M. J. Conf....., chez laquelle on avait vainement essayé d'opérer l'accouchement par différens procédés. Cette femme était épuisée par les efforts et par les douleurs, qui duraient depuis vingt-quatre heures : cependant je crus devoir essayer encore de lui conserver la vie en opérant l'extraction du fœtus : je le saisis par les pieds et l'amenai au dehors sans difficulté ; il commençait à se corrompre ; c'était un enfant du sexe masculin qui pesait à-peu-près six livres ; il avait présenté le vertex dans la deuxième position, et il fut extrait selon les règles, c'est-à-dire de la main gauche, etc. La mère, quoique soulagée d'abord, survécut peu à la délivrance. L'utérus avait été rompu : cependant le détroit supérieur n'offrait que six lignes de moins que dans l'état normal (*trois pouces et demi*).

IV. Le 29 janvier 1818, L. Gond..... commença à ressentir les premières douleurs : le bassin n'offrait que trois pouces d'avant en arrière ; la tête était retenue au détroit supérieur dans la seconde position du vertex ; les membranes étaient entières. Après huit heures de travail, la dilatation étant

suffisante, la version fut brusquée, et l'extraction eût été terminée sur-le-champ sans la résistance qu'offrit le détroit au passage de la tête ; il fallut en venir à l'application du crochet mousse sur la mâchoire inférieure : aussi l'enfant souffrit-il beaucoup de cette extraction forcée ; il ne *vécut* que vingt-quatre heures. Il était du sexe féminin et pesait six livres.

N° VIII.

Resserrement considérable du bassin ; première position des fesses ; accouchement presque spontané.

Le 20 fructidor an 7, nous reçûmes à l'hospice la nommée Victoire Mich...., femme rachitique, et dont le diamètre sacro-pubien n'avait que *deux pouces quatre lignes*. L'enfant présentait les fesses; après la rupture des membranes, elles s'engagèrent dans la première position (lombes en avant et à gauche) et achevèrent de dilater l'orifice. Voyant qu'elles avaient franchi, quoique lentement, le détroit supérieur, je cherchai à passer les doigts dans le pli des aînes, et j'aidai ainsi à la sortie du tronc. La tête se trouva placée assez convenablement, c'est-à-dire, l'occiput en avant et à gauche, etc. : cependant elle résista tellement à nos efforts que les vertèbres du cou finirent par se séparer de l'occipital, malgré le soin que j'avais eu de faire porter, autant que possible, les tractions sur la mâ-

choire inférieure. Craignant alors la détroncation, je fis suspendre toute manœuvre, et je cherchai à réparer les forces de la malade en lui donnant du bouillon et un peu de vin d'Alicante. Après une heure et demie de repos, V. Mich.... sentit renaître les douleurs; je l'engageai à les faire valoir, ce qu'elle fit avec un tel succès que la tête fut bientôt expulsée. Le crâne était singulièrement aplati. D'énormes caillots, amassés dans l'utérus, suivirent l'expulsion de l'enfant, et furent eux-mêmes immédiatement suivis du placenta.

Pendant six jours, la santé de cette femme fut parfaite; mais à cette époque survint une fièvre adynamique que son extrême faiblesse rendit plus grave encore : elle mourut seize jours après l'accouchement. Le bassin, mesuré alors, avait les dimensions que j'avais annoncées pendant la vie de cette femme.

N° IX.

Trois exemples de resserrement considérable; présence des pieds; extraction; crochet mousse.

I. Rose Coch... souffrait depuis vingt heures, le 25 floréal an 13, lorsque les membranes, venant à se rompre, firent reconnaître la présence des pieds dans la deuxième position (talons en avant et à droite). Elle fut apportée sur-le-champ à l'hospice sans que l'enfant se fût beaucoup avancé à cause de l'étroitesse du détroit supérieur du bassin,

qui n'offrait, d'avant en arrière, qu'une étendue de *deux pouces et demi*. L'enfant ne paraissant pas vivant, nous pensâmes devoir en essayer l'extraction en tirant sur les membres sortis : le tronc descendit aisément; mais la tête résista assez longtemps, et ne franchit le détroit qu'à l'aide d'une profonde dépression du pariétal droit dans sa partie antérieure et vers la tempe; cette dépression tenait à la résistance de l'angle sacro-vertébral. Le tronc avait tourné pendant l'extraction de manière à convertir en première la deuxième position des pieds. L'enfant paraissait mort depuis quelque temps : c'était un garçon pesant cinq livres.

La mère s'est bien trouvée pendant plusieurs jours; puis elle a été prise d'une péritonite à laquelle elle a succombé le 8 prairial (treizième jour).

II. Adel. Lamad... avait un bassin de *trois pouces* au détroit supérieur, et cependant son enfant périt pendant l'extraction faite le 15 messidor an 13. Cet enfant avait présenté les pieds dans la première position (talons à gauche et en avant) : il était du sexe féminin et du poids de six livres et demie. Le travail durait depuis douze heures, lorsqu'on entreprit la terminaison de l'accouchement : les membranes venaient de se rompre et la dilatation de l'orifice utérin était complète.

III. Le 17 février 1807, Susanne Bl..., dont le bassin n'avait que *deux pouces trois quarts*, fut accouchée par l'extraction manuelle du fœtus, qui

présentait les pieds dans la deuxième position. La tête offrit des difficultés qui ne purent être vaincues par l'emploi des doigts, et il fallut introduire dans la bouche le crochet mousse du forceps. L'enfant ne donna aucun signe de vie : c'était une fille du poids de sept livres. Quoique le travail n'eût duré que six heures, Susanne Bl... fut prise d'une péritonite assez forte dont elle était cependant convalescente le 10 mars, lorsqu'elle mourut subitement et sans cause connue.

Le rapprochement de ces trois exemples et de la plupart des précédens, prouve que c'est moins de l'étroitesse absolue du bassin que du rapport de ses diamètres avec ceux de la tête et de la consistance de celle-ci que dépendent les difficultés.

N° X.

Bassin étroit ; crâniotomie ; expériences relatives à la symphysiotomie.

A. Fél...., âgée de vingt-trois ans, forte, quoique jadis rachitique (elle n'a marché qu'a six ou sept ans), réglée à douze ans. Bassin de deux pouces un quart. Rupture prématurée des membranes, et écoulement lent des eaux, le 25 mars 1810. Tête haute en deuxième position, douleurs médiocres (*bains, lavemens*), dilatation graduelle. Le 26, douleurs accrues, travail fébrile suivi d'inertie (*saignée*); dilatation complète, peau du crâne tu-

méfiée, mais *ramollie* et pâteuse; fœtus immobile. *Crâniotomie*, ablation du pariétal droit, *version;* évolution facile; la tête seule résiste et ne peut être entraînée qu'à l'aide d'un crochet aigu implanté sur l'occipital. Ces manœuvres avaient duré quatre heures, et le travail quarante. Garçon de cinq à six livres. La péritonite, déjà développée avant l'accouchement, enleva cette femme trois jours après.

On voulut profiter du cadavre pour tenter quelques recherches pratiques. Il fut mis dans un bain chaud, puis ouvert et débarrassé des viscères abdominaux, qu'on remplaça par un fœtus mort et pesant quatre livres quatorze onces, et des dimensions suivantes : des talons au vertex, dix-huit pouces; du menton à l'occiput, cinq pouces; du front à l'occiput, quatre pouces; d'un pariétal à l'autre, trois pouces huit lignes; de la base du crâne au vertex, trois pouces.

Tête mise en première position; section pubienne pratiquée; écartement *spontané de six lignes* entre les pubis; cuisses fortement écartées, écartement *d'un pouce et demi;* version opérée de la main gauche; le passage de la tête produit un écartement de *deux pouces un quart;* en même temps craquement sensible.

Examen ultérieur : symphyse sacro-iliaque droite ouverte de quatre lignes et demie avec déchirure; la gauche ouverte de deux lignes, peu de déchirement.

Dimensions du bassin : des pubis à l'angle sacro-vertébral, deux pouces cinq lignes et demie ; d'un ilium à l'autre, quatre pouces une ligne et demie ; de la région cotyloïdienne droite à l'angle sacro-vertébral, deux pouces deux lignes (bassin déjeté à gauche) ; du milieu du sacrum (excavation) au milieu des pubis, deux pouces une ligne.

Traces de péritonite. Orifice utérin échancré de cinq à six lignes en avant et à gauche. Utérus ecchymosé et noirâtre à l'intérieur.

N° XI.

Resserrement du bassin ; section pubienne ; forceps ; enfant mort (1).

Al. M. Herv...x, femme blonde, lymphatique, âgée actuellement de vingt-un ans, n'avait marché qu'à l'âge de cinq ans : aussi les jambes étaient-elles un peu arquées en devant.

Parvenue au terme de sa première grossesse, le 21 novembre 1821, elle ressentit jusqu'au 24 de vives douleurs de reins : le travail ne commença cependant réellement qu'à cette dernière époque. Le 25 au matin, rupture des membranes ; le soir, vaines tentatives pour l'application du forceps et pour la version d'abord, puis pour la réduction

(1) Observation communiquée par mademoiselle Pierson, alors élève principale. J'ai vu la femme sept à huit jours après l'opération.

de la tête (qui paraissait mal située) à une position plus franche.

A sept heures du soir (25), cette femme fut apportée à l'hospice dans l'état suivant.

Pouls naturel, abdomen peu douloureux, utérus oblique en avant, fortement contracté et moulé sur le fœtus, dont les mouvemens n'avaient pas cessé jusqu'alors de se faire sentir; douleurs vives dans la région lombaire; orifice utérin complètement dilaté, et occupé par une tumeur *élastique*, à laquelle on reconnaissait facilement pour siége la peau du crâne; angle sacro-vertébral très-accessible au doigt; diamètre antéro-postérieur estimé de *deux pouces sept à huit lignes*. Rien n'était urgent, et l'on attendit que les douleurs reparussent pour juger de leur effet; mais, dans la nuit, la fièvre s'éleva et l'abdomen devint plus douloureux. L'idée de perforer le crâne se présenta d'abord à M. le professeur Dubois. Douze heures s'étaient écoulées depuis que la femme n'avait plus senti aucun mouvement du fœtus, et le temps depuis lequel il était soumis immédiatement aux contractions d'un utérus vide d'eau, les tentatives mêmes qu'on avait déjà faites, telles étaient les raisons qui portaient à douter de la vie de l'enfant; une seule les balançait : c'était l'*augmentation* du volume et de la rénitence de la tuméfaction du crâne. Ce motif parut, avec raison, suffisant pour écarter toute idée de l'emploi de l'instrument tranchant porté sur le fœtus.

La section pubienne fut donc préférée, et M. le professeur Béclard l'exécuta de la manière suivante.

La malade, couchée à plat sur le dos, la vessie vidée par le cathétérisme, la peau et le tissu sous-cutané furent entamés par une incision profonde, commencée à deux pouces au-dessus des pubis, et terminée au clitoris. Une artériole ouverte au côté gauche de la plaie fut liée aussitôt.

Le cartilage pubien fut peu à peu découvert et lentement incisé de haut en bas et d'avant en arrière. Cette partie de l'opération dura plusieurs minutes. Dès que les pubis furent bien évidemment séparés, la malade fut placée sur l'extrémité du lit comme pour les accouchemens difficiles. Le forceps fut appliqué comme pour la première position ; trois fois il glissa sur la tête et sortit brusquement de la vulve. On en prit alors un plus courbe et plus solide, et qui parvint à extraire la tête ; la face sortit sous les pubis, et indiqua ainsi que le vertex s'était présenté dans la quatrième position : une branche de l'instrument avait porté sur la joue droite, et l'autre derrière l'oreille gauche. Le tronc sortit sans difficulté, et la délivrance s'opéra naturellement quatre à cinq minutes après. Les pubis, écartés d'un pouce à-peu-près au moment de l'application du forceps, s'éloignèrent d'environ trente lignes quand la tête franchit le détroit ; un craquement se fit en même temps très-distinctement entendre vers la symphyse sacro-iliaque droite.

L'enfant avait dix-neuf pouces de longueur et pesait six livres et six onces; sa tête était volumineuse et les sutures peu mobiles. Pendant deux heures, il fit quelques mouvemens inspiratoires et offrit des battemens à la région du cœur : aucun soin ne put le rappeler à la vie.

On trouva sur le pariétal droit un épanchement de sang assez considérable, et sous la méninge un peu de sang coagulé à la surface du cerveau. Les deux pariétaux offraient quelques fractures parallèles à la direction de leurs filets osseux.

La guérison de la plaie fut retardée par une suppuration abondante accompagnée de fièvre et du détachement de plusieurs escarres formées au vagin, à la vulve et à la région sacrée. Soixante-cinq jours après l'opération, cicatrisation complète; mais il reste une fistule vésico-vaginale. Neuf mois plus tard, cette femme est venue à l'hospice (12 septembre 1822): elle marchait librement, mais l'incontinence de l'urine n'avait point cessé.

Les résultats d'une semblable opération, pratiquée le 18 juillet 1809, furent beaucoup moins favorables. La mère, nommée Dalm..., y succomba, et l'enfant naquit mort. Peut-être aurait-on sauvé la vie de la mère si l'on eût eu la certitude de la mort de l'enfant, et si l'on eût pu par conséquent perforer le crâne.

N° XII.

Étroitesse considérable du bassin ; deux accouchemens difficiles, l'un par la perforation du crâne, l'autre par la section pubienne.

Franç. Laus....., femme faible et rachitique, âgée d'une vingtaine d'années et enceinte pour la première fois, fut amenée à l'hospice le 2 vendémiaire an 12. Le détroit supérieur n'avait de devant en arrière que *deux pouces et un quart ;* l'enfant, quoique petit, car le travail s'était déclaré avant la fin du neuvième mois, ne pouvait cependant le traverser ; il présentait la tête dans la première position. Le travail durait depuis vingt-quatre heures, et les membranes étaient rompues depuis ce moment, lorsque, considérant que l'enfant était probablement mort, puisque depuis long-temps il était soumis à des violences funestes de la part de l'utérus, et qu'il ne donnait aucun signe de vie, nous décidâmes, M. Baudelocque et moi, la perforation du crâne : cette opération fut faite par le célèbre professeur, et j'allai ensuite à la recherche des pieds du fœtus : l'enfant sortit sans peine : c'était une fille du poids de quatre livres à peu de chose près. La mère se rétablit promptement.

Plusieurs années après (9 juillet 1808) Laus..., âgée alors de vingt-cinq ans, était encore enceinte, et souffrait depuis deux heures quand les membranes se rompirent. Douleurs fortes, dilatation graduelle.

Après douze heures de travail, l'enfant donnant des signes de vie (mouvemens), et la dilatation étant complète, on arrêta que la section pubienne serait pratiquée. Auparavant j'allai saisir les pieds de l'enfant dans l'utérus : il présentait le vertex dans la première position, et la main gauche fut employée : elle amena le pied gauche, sur lequel on appliqua un lacs pour le maintenir au dehors ; le droit fut si difficile à trouver que j'en abandonnai la recherche, de crainte de trop tourmenter la malade, et d'ajouter inutilement aux souffrances qu'elle allait subir encore.

On incisa la peau, préalablement rasée, dans la direction de la symphyse pubienne, qui fut elle-même divisée ensuite ; alors les genoux furent élevés d'abord et écartés ensuite, et par ce moyen les os s'éloignèrent d'un pouce et demi. Je tirai en ce moment sur le pied dégagé ; la jambe sortit ; mais les fesses s'engageaient difficilement ; j'introduisis donc de nouveau la main, et cette fois je trouvai et j'amenai sans peine à la vulve le membre inférieur droit de l'enfant, que nos premiers efforts avaient déjà pelotonné en partie. Le tronc se dégagea facilement ; mais tournant derrière les pubis sa face sternale, il nous donna quelques soins de plus pour le dégagement des bras, qui furent abaissés en avant. Quant à la tête, ce ne fut qu'après de violentes tractions que l'on obtint son passage à travers le détroit rétréci, quoiqu'on lui eût donné la direction la plus favorable.

L'enfant vivait encore, mais il expira peu après: c'était un fœtus mâle du poids d'environ six livres. Délivrance naturelle et guérison assez rapide. Cependant cette femme, qui vit encore aujourd'hui, marche avec beaucoup de difficulté, et je crois qu'elle est affectée d'une incontinence d'urine qui détériore sa santé naturellement faible : sans doute elle est le résultat de quelque fistule vésico-vaginale.

N° XIII.

Difformité générale ; resserrement du bassin ; troisième position de l'épaule droite ; issue du cordon ombilical ; convulsions ; opération césarienne ; mort de la mère et de l'enfant (1).

Honorine Verr..., âgée de vingt-trois ans, avait été tellement entachée de rachitisme que tous les os du corps, jusqu'aux phalanges, s'en étaient ressentis. Les membres inférieurs, contournés et très-courts, étaient inutiles à la progression, et même à la station, qui ne pouvait s'exécuter qu'à l'aide de béquilles ; le rachis, contourné en S, soutenait à peine une tête de grosseur ordinaire. Debout sur ses béquilles, cette femme n'avait que vingt-neuf pouces de hauteur. Réglée depuis l'âge de seize

(1) Observation communiquée par madame Legrand. Cette femme est celle dont l'excessive difformité a fixé récemment l'attention d'un grand nombre de gens de l'art ; presque tous les journaux de médecine en ont fait mention.

ans, et sujette à de fréquentes incommodités, cette malheureuse devint enceinte et supporta assez bien sa grossesse, ne se plaignant, du moins jusqu'au huitième mois, que d'une douleur dans le côté gauche.

A cette époque (24 février, une heure du matin), le travail se déclara, et en même temps se fit sentir à l'épigastre une douleur assez forte. A deux heures moins un quart, accès d'éclampsie bien caractérisé, et qui dura cinq à six minutes. Six autres accès eurent lieu ensuite à diverses distances, et la connaissance, qui s'était rétablie après le premier, cessa tout-à-fait de reparaître après le septième, qui dura huit à neuf minutes. A trois heures, la dilatation était complète, mais l'étroitesse du bassin, estimé de deux pouces un quart d'avant en arrière, ne permettant pas d'espérer une terminaison heureuse par la voie naturelle, on se décida à extraire l'enfant par la section césarienne. L'opération devenait urgente, car les membranes étaient rompues, et le cordon, sorti, n'offrait plus que des pulsations fort obscures. Elle fut faite à cinq heures et demie du matin par M. Paul Dubois, en présence de MM. Deneux et Baffos, de la sage-femme en chef et des élèves de l'hospice.

L'abdomen fut ouvert un peu à gauche, car l'utérus penchait de ce côté. L'épiploon et les intestins faisaient effort vers le haut de la plaie pour s'échapper de l'abdomen; la vessie, distendue, en occupait la partie inférieure; les premiers furent con-

tenus, et la deuxième détournée. L'utérus ouvert et les membranes rompues, les pieds du fœtus se trouvèrent croisés vis-à-vis la plaie; on avait reconnu la présence, à l'orifice, de l'épaule droite en troisième position, et la situation des pieds confirma le diagnostic. L'extraction du fœtus fut faite sur-le-champ, et le placenta le suivit. L'enfant était mort; il était bleuâtre et rempli de sang, circonstance qui confirme ce que j'ai dit ailleurs des effets de la compression du cordon ombilical. Cet enfant, très-bien conformé, avait la taille et le poids d'un enfant parvenu au huitième mois de la vie intra-utérine; c'était un garçon; il pesait trois livres dix onces; la tête avait dans son diamètre occipito-frontal environ quatre pouces, et trois pouces un quart dans son diamètre bi-pariétal.

Aussitôt après la délivrance, l'utérus en se contractant expulsa un quantité notable de sang liquide, et on le débarrassa de plusieurs caillots volumineux. Cela fait, les viscères, convenablement réduits, furent contenus par plusieurs points de suture enchevillée.

Vers dix heures, nouvel accès d'éclampsie; une portion d'intestin et d'épiploon sort dans l'intervalle des points de suture et en nécessite la constriction. Dix sangsues sont appliquées derrière les oreilles; elles ne dissipent point l'assoupissement, qui, interrompu seulement par quelques mouvemens convulsifs, dura jusqu'à la mort, c'est-à-dire, pendant trente-six heures après l'opération.

Examen anatomique.

Les vaisseaux cérébraux étaient gorgés de sang.

Le squelette, préparé en entier, a offert les remarques suivantes. Les os des membres sont tous fort courts et assez épais ; la plupart sont peu contournés ; ils semblent pour ainsi dire racornis. Les phalanges sont courtes, épaisses, et leurs articulations peu mobiles ; les tarses sont tordus de manière à ne pas permettre à la plante des pieds de s'appliquer au sol. Le thorax fait en avant une saillie qui donne au sternum une position fort oblique, éloigne son extrémité inférieure du bassin, et augmente ainsi l'espace qui répondait à la cavité abdominale ; les côtes sont plus ou moins rapprochées ou écartées selon les points du rachis auxquels elles s'unissent. Le rachis, en effet, est singulièrement contourné dans sa portion dorsale et lombaire ; la première de ces régions forme un pli plutôt qu'une sinuosité, dont la convexité, très-saillante, est dirigée à gauche ; la région lombaire est au contraire courbée à droite comme pour compenser la déviation dorsale, et ramener vers le milieu du corps le centre de gravité. Le bassin, par sa direction, tend à s'éloigner du thorax. En effet, les fosses iliaques sont très-plates, très-évasées et dirigées presque tout-à-fait en avant. Les os iliaques, de même que les omoplates et presque tous les os larges, sont fort minces, et il

en est de même des pubis, dont l'épaisseur d'avant en arrière ne dépasse point trois quarts de ligne. L'arcade pubienne est régulière et peu anguleuse; le détroit supérieur régulier, réniforme, ou, si l'on veut, de la forme d'un cœur très-élargi. Le sacrum, droit jusqu'à l'union de ses deux dernières vertèbres, est courbé ensuite ainsi que le coccyx, dont l'articulation est mobile; le corps des fausses vertèbres du sacrum fait une saillie qui donne à l'os une convexité dans le sens transversal; la première de ces fausses vertèbres offre en haut un bord saillant qui augmente la projection de l'angle sacro-vertébral. La symphyse sacro-iliaque droite est ankylosée, disposition qui aurait rendu inutile la *section pubienne*, si l'on y eût voulu recourir.

Voici les dimensions des principaux diamètres de ce bassin, prises avec la plus grande exactitude sur le squelette.

1°. *Détroit supérieur.* — Diamètre antéro-postérieur, deux pouces sept lignes et demie (1); — transversal, quatre pouces deux lignes; — obliques, à-peu-près autant. 2°. *Excavation pelvienne.* — Diamètre antéro-postérieur, deux pouces neuf lignes. 3°. *Détroit inférieur.* — De l'arcade pubienne à la

(1) Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'angle sacro-vertébral, 3 pouces 3 lignes; ainsi sur le vivant, en déduisant 6 lignes pour l'obliquité du doigt, on aurait pu accorder à ce diamètre 2 pouces $\frac{3}{4}$.

pointe du coccyx, deux pouces deux lignes; — de l'arcade à la base du coccyx (mobile), deux pouces onze lignes et demie; — d'une *tubérosité* sciatique à l'autre, deux pouces sept lignes et demie; — du sommet d'une *épine* sciatique à l'autre, deux pouces dix lignes et demie.

N° XIV.

Plusieurs exemples d'opération césarienne mortelle pratiquée pour étroitesse du bassin; enfans vivans.

I. M. Cham....., petite (quatre pieds quatre pouces huit lignes), pâle, brune, âgée de vingt-quatre ans, n'a marché qu'à trois ans. Jambes arquées en avant; bassin de *deux pouces un quart.* Première grossesse, à terme. Premières douleurs le 2 juillet 1821, à quatre heures du soir. Dans la nuit, rupture spontanée des membranes; dilatation complète de l'orifice. Dans la soirée du 5, les mouvemens de l'enfant cessent, et le *meconium* s'échappe par le vagin. Le 6, arrivée à l'hospice, face pâle et altérée; pouls fréquent, dur et plein; céphalalgie, chaleur à la peau, sensibilité de l'abdomen, langue humide et blanchâtre, utérus incliné un peu à droite, douleurs rares et faibles. La tête du fœtus, au détroit supérieur, offre une tumeur considérable et de consistance œdémateuse.

L'impossibilité de l'accouchement naturel bien

constatée, et la mort de l'enfant n'étant pas certaine, on pratiqua l'opération césarienne. Elle fut exécutée par M. Béclard, en présence de MM. Dubois et Chaussier et de nous. Le cathétérisme donna d'abord issue à quelques gouttes d'urine âcre et brûlante. L'opération, le pansement y compris, dura cinq quarts d'heure.

Après l'incision de l'aponévrose abdominale, le péritoine, assez largement dénudé, et soulevé par un *liquide*, présenta un moment l'aspect de la vessie distendue, erreur à l'instant dissipée. L'utérus, dénudé, était d'un blanc nacré et parcouru de nombreux capillaires injectés de sang (inflammation commençante). Pendant qu'on l'incisait couche par couche, la malade jeta à peine quelques cris : la section de la peau avait seule paru douloureuse. L'utérus, fendu dans l'étendue de quatre pouces et demi, offrit une épaisseur d'environ cinq lignes. Deux gros vaisseaux, coupés en travers, fournirent un jet de sang continu, d'abord arrêté par les doigts d'un aide, ensuite supprimé par la contraction de l'organe, qui offrit alors une épaisseur de trois quarts de pouce.

L'enfant offrait le bras gauche à l'incision : donc il avait offert le vertex en deuxième position. Les membranes adhéraient assez fortement : cependant l'extraction en fut peu pénible. Fœtus mâle, du poids de cinq livres, *vivant* quoique faible. Pendant quelques jours il n'a point rendu de méconium (les intestins étaient vides). Il portait

sur le pariétal gauche un thrombus considérable (position transversale), et, au-dessus de la région mastoïdienne du même côté, quelques impressions dues sans doute au bord supérieur des pubis.

Après l'opération, l'orifice fut débarrassé des caillots; trois points de suture enchevillée réunirent les trois quarts supérieurs de la plaie; une mèche fut laissée dans le quart inférieur. (*Saignée de deux palettes, fomentations émollientes.*)

La nuit même, douleurs, vomituritions, météorisme, éructations vaginales, sortie de quelques caillots par la vulve.

Les jours suivans, mêmes symptômes, malgré l'application de quarante-six sangsues en trois fois, aux aînes et sur l'abdomen. Sécrétion du lait nulle; plaies de l'utérus et de l'hypogastre béantes. On cherche vainement à décoller du viscère sous-jacent les bords de la dernière, pour faciliter l'effusion des liquides qu'on suppose épanchés dans le péritoine. Mort, le 11 juillet au soir, amenée par une syncope. La connaissance s'était jusque là conservée, et la malade avait montré jusqu'au bout beaucoup de courage et de résignation.

Examen anatomique.

Putréfaction rapide.

Poumons sains, sérosité rougeâtre dans les plèvres et le péricarde. Dans le cœur, du sang en

partie liquide ; les parois de cet organe et celles des gros vaisseaux teintes en rouge.

Organes digestifs météorisés, agglutinés par de l'albumine concrète, séparés çà et là par de la sérosité purulente, environ une livre. Péritoine généralement rouge, ecchymosé et noirâtre en divers points de l'intestin et de l'épiploon.

Bords de la plaie abdominale ulcérés.

L'utérus est fendu du fond à l'orifice interne, près de son bord gauche (effet de la torsion, compagne de l'obliquité latérale droite); ses parois ont l'épaisseur du doigt, et son volume est celui de la tête d'un enfant à terme. L'extérieur en est sain; l'intérieur, tapissé d'un mucus purulent, offre, à gauche et en arrière, les traces de l'insertion du placenta. Son orifice externe est libre, *ouvert*, régulier, arrondi et mollasse. (Libre passage pour les lochies.)

L'estomac contenait la matière brune qui avait constitué les derniers vomissemens, matière que l'acide sulfurique a un peu rougie (sang altéré); ses parois étaient emphysémateuses (putréfaction).

La vésicule biliaire contenait beaucoup de bile fortement colorée.

Dimensions du détroit supérieur. Il est *réniforme* et très-légèrement déversé à gauche. *Diamètre sacro-pubien*, deux pouces trois lignes un quart. Deux petites saillies en forme d'épine ne laissent au *diamètre transversal* que quatre pouces une

ligne. *Diamètres obliques*, quatre pouces deux lignes.

II. E. B. (1), âgée de vingt-sept ans, débile et rachitique, primipare, à terme. Bassin de *deux pouces un quart;* travail commencé le 8 septembre 1823; membranes rompues au-dessus de l'orifice; écoulement d'eau à chaque douleur; point douloureux dans l'hypochondre droit. Deuxième position du vertex, tête fort haute, orifice lentement dilaté; même état pendant trente-six heures; fièvre, céphalalgie (*saignée, lavemens*); douleurs plus fortes, tuméfaction de la peau du crâne.

Après cinquante-deux heures de travail, l'opération est décidée et pratiquée par M. Paul Dubois, en présence de son père, du professeur Chaussier et de la sage-femme en chef. Incisions successives pratiquées, de l'ombilic aux pubis et le long de la ligne blanche, à la peau, à l'aponévrose, au péritoine, à l'utérus. Aussitôt après on rompt les membranes, et l'on extrait un garçon de six livres, asphyxié, mais *rétabli* bientôt à l'aide de la saignée ombilicale. Pariétal droit couvert de tégumens un peu meurtris (angle sacro-vertébral), et enfoncé sous le gauche, que couvre un thrombus peu considérable.

La délivrance fut rendue un peu difficile par la prompte contraction de l'utérus; pansement comme pour le cas précédent.

---

(1) Observation communiquée par madame Legrand.

Pendant vingt-quatre heures, état satisfaisant. Le deuxième jour, vives douleurs dans l'abdomen; point de lochies. (*Saignée, cataplasmes.*) Même état les jours suivans, malgré l'application de *trente sangsues* à l'épigastre; mort le huitième jour.

Examen anatomique.

Thorax sain, péritoine parsemé de plaques rouges, surtout sur l'intestin grêle et au voisinage de la plaie, verdâtre et comme gangrené dans l'excavation pelvienne et les régions iliaques; épanchement séro-purulent. La plaie de l'utérus et son intérieur offrent une couleur verdâtre, une apparence gangréneuse; mais le viscère même, ainsi que le tissu lamineux sous-péritonéal, est sans altération. La plaie a trois pouces de longueur; ses lèvres adhèrent, par des couennes albumineuses, à la vessie et à la paroi antérieure de l'abdomen.

III. Laurence Perdr., forte, sanguine, mais autrefois rachitique, âgée de vingt-cinq ans, primipare, à terme; bassin de *quinze à dix-huit lignes.* Travail commencé le 7 mai 1808 à midi. Opération décidée et pratiquée à quatre heures du soir, au moment où les douleurs commençaient à se prononcer vivement.

Elle fut exécutée par M. Baudelocque après qu'on eut redressé l'obliquité utérine (lat. droite) et vidé la vessie et le rectum. Le placenta bou-

chait la moitié inférieure de l'incision : cependant je pus pénétrer dans le viscère, reconnaître que le fœtus présentait à l'orifice utérin les fesses en deuxième position, et l'extraire *vivant* quoiqu'asphyxié d'abord. C'était une fille de six à sept livres. Deux points de suture rapprochèrent les lèvres de la plaie.

Dès le soir même, vomissemens et développement d'une péritonite, qui a amené la mort le 10 mai à neuf heures du matin. Les lochies avaient toujours coulé par le vagin. Une portion d'épiploon, engagée dans l'angle inférieur de la plaie, avait été repoussée ; enfin deux hémorrhagies avaient eu lieu par cette même plaie : la première produisit du soulagement ; la deuxième augmenta la faiblesse.

Examen du cadavre.

Abdomen développé, contenant quelques onces de sang séreux ; colon et épiploon adhérant à l'utérus. Une anse du gros intestin a pénétré dans la plaie de la matrice, dont les bords, très-épais, sont écartés de quatre travers de doigt ; quelques caillots noirâtres dans la cavité du viscère ; son col mollasse, long et resserré comme pendant la grossesse.

IV. L. Fr. D..., âgée de trente-sept ans, rachitique dans son enfance, réglée seulement à dix-sept ans, primipare, à terme ; *bassin de dix-huit lignes ;* première position du vertex. La section

césarienne fut pratiquée en ma présence par M. Baudelocque le 8 juin 1809, après plus de cinquante heures de travail, et quinze heures après la rupture spontanée des membranes. L'abdomen à peine ouvert, de la sérosité s'échappa en assez grande abondance (inflammation commençante), et un énorme paquet d'intestins grêles fut chassé par les efforts de la malade. Il fut réduit et l'opération achevée.

Enfant mâle, pesant six livres et *vivant*.

L'orifice utérin désobstrué, la suture fut faite en quatre points enchevillés, etc.

La malade était fort affaiblie, quoiqu'elle n'eût, ainsi que les précédentes, perdu que fort peu de sang (adynamie). La péritonite continua sa marche, et enleva cette femme quarante-trois heures après l'opération.

N° XV.

Exposé succinct de plusieurs opérations césariennes faites après la mort de la femme.

I. 3 ventôse an 8, Geneviève Cr....., atteinte d'une violente péritonite dans les derniers mois de sa grossesse, y succomba avant la fin du neuvième mois : ouverte aussitôt après la mort, elle donna naissance à un enfant putréfié.

II. 1er ventôse an 10, mad. Sapel..... mourut, au terme de huit mois, dans un accès d'asthme con-

vulsif. L'abdomen et l'utérus furent ouverts aussitôt qu'elle eut rendu le dernier soupir. L'enfant extrait ne donna aucun signe de vie.

III. 7 janvier 1812, la nommée Leg..... fut apportée mourante à l'hospice. Elle avait eu de violens accès de convulsions; elle expira peu après, et l'opération césarienne, pratiquée sur-le-champ, permit d'extraire une fille paraissant du terme de huit mois et demi environ et privée de la vie.

IV. 6 avril 1821, la nommée Noël, affectée d'une inflammation aiguë de la poitrine, mourut au quinzième jour de cette maladie; elle était alors dans le huitième mois de sa grossesse; l'enfant, extrait par la section césarienne, était mort, et les secours ordinaires lui ont été vainement appliqués.

V. Voilà assez d'exemples de mauvais succès; en voici de plus favorables. 10 avril 1820, une femme bossue, nommée Gér....., atteinte de phthisie pulmonaire, périt dans le huitième mois de sa grossesse : l'hystérotomie fut sur-le-champ exécutée (1) après qu'une incision superficielle à la cuisse nous eut appris que la sensibilité était éteinte, et la circulation suspendue, même dans les capillaires. C'est une précaution que nous avons toujours recommandée dans toutes ces circonstances. L'enfant était placé de manière à présenter les fesses dans la deuxième position; il pesait quatre livres. Le cordon pulsait faiblement ainsi que le cœur; mais

(1) Par l'Éditeur.

le fœtus paraissait asphyxié ; l'insufflation, au moyen du tube laryngien, le ranima tout-à-fait ; mais il mourut le lendemain après plusieurs accès de convulsions. Dans le moment où il fut incisé, l'utérus fournit plusieurs jets de sang encore chaud contenu dans les sinus ; après l'extraction il diminua de volume sans se resserrer à l'extrême. Le placenta resta assez adhérent pour permettre quelques expériences relatives à la circulation du fœtus.

VI. J'ai donné ailleurs (1) l'observation détaillée de la nommée Simon, morte d'apoplexie pendant le travail de l'accouchement. L'enfant, qui était à terme, fut également ranimé, et ne succomba que le quatrième jour à la même affection que celui de la femme Gér.....

N° XVI.

Deux observations de travail terminé par la mort avant l'accouchement, malgré la crâniotomie, etc. ; bassin difforme.

I. Vict. Hen....., primipare, âgée de vingt-sept ans. Premières douleurs le 12 prairial au soir ; arrivée à l'hospice le 13. Douleurs faibles, orifice rigide, bassin étroit, tête haute, membranes entières, fièvre, céphalalgie, etc. (*Bains.*) Travail lent. Le 15, dilatation complète ; écoulement lent des eaux, utérus en état d'inertie, rigide ; enfant immobile. Crâniotomie. Version impossible à cause

(1) Dans le Mémoire sur l'Éclampsie, n° 1.

de la constriction de l'utérus. Crochet aigu sans succès. La tête est à peine engagée dans le détroit. Le 16, nouvelles tentatives sans résultat, tant de ma part que de celle de M. Baudelocque. La femme s'affaiblit, et meurt le 17 après cinq jours de travail. — L'abdomen se tuméfia, et en peu de temps les membres s'infiltrèrent de gaz putrides. Ces gaz poussèrent le fœtus, de sorte que, peu d'heures après l'événement fatal, la tête entr'ouvrait les lèvres de la vulve. Utérus sain, péritoine enflammé.

II (1). Le 26 novembre 1822, à deux heures du matin, on apporta à l'hospice la nommée Mart..... Cette femme était en travail depuis quatre jours; il y en avait deux que les membranes s'étaient rompues. On sentit la tête du fœtus dans l'excavation du bassin, placée comme dans la quatrième position (B.). La peau du crâne était un peu engorgée; la vulve était gonflée et douloureuse; le vagin exhalait une odeur fétide; l'abdomen, tendu et tuméfié, était très-sensible à la pression; le visage pâle et altéré, la langue sèche, la soif excessive, le pouls presqu'insensible, et la surface du corps froide. Un bain de siége fut administré selon le désir de la malade. Jusqu'à sept heures du matin, nulle contraction utérine.

Le professeur Dubois trouva la femme trop fai-

---

(1) Communiqué par madame Legrand. J'ai examiné et décrit moi-même la pièce anatomique.

(*Note de l'Éditeur.*)

ble pour terminer l'accouchement; il se contenta d'ouvrir le crâne du fœtus afin de permettre à la nature d'opérer, peut-être avec fruit, un dernier effort. Vain espoir! la malade eut une syncope pendant l'opération, et elle expira peu après.

Examen du cadavre.

Le vagin était irrégulièrement déchiré en travers et dans l'étendue de trois pouces, à la partie postérieure de son union avec l'utérus. Les personnes chargées du soin de cette femme, assurant n'avoir fait aucune tentative pour terminer l'accouchement, cette déchirure ne pouvait être attribuée qu'à la pression de la tête sur l'angle sacro-vertébral. Le bras droit et l'épaule de l'enfant avaient pénétré dans l'abdomen par cette ouverture. La tête était d'un volume ordinaire, placée ainsi qu'on l'avait reconnu, et déchirée dans la plus grande partie de ses sutures; les os du crâne et de la mâchoire supérieure étaient fracturés, ce qui rend fort suspecte l'assertion des personnes qui ont envoyé la malade à l'hospice.

Aucun signe extérieur n'annonçait une constitution rachitique : cependant on a su que Mart... n'avait marché qu'à l'âge de cinq ans. On avait bien reconnu d'abord que l'arcade pubienne était rétrécie et déviée; mais ce ne fut qu'après la mort qu'on put bien apprécier la difformité de ce bassin, qui fait partie de la collection de l'hospice de la Maternité. Le détroit supérieur en tota-

lité est déversé à droite, de façon qu'une ligne tirée directement en avant en partant de l'angle sacro-vertébral, ne laisserait à gauche qu'un cinquième au plus de l'aire de ce détroit; sa forme générale est un carré irrégulier à angles mousses, et dont le plus grand diamètre est dirigé d'arrière en avant et de gauche à droite. L'arcade pubienne est aussi déjetée à droite, anguleuse et rétrécie de la moitié de son étendue ordinaire. Cette disposition ne tient pas seulement à une déformation des os, mais encore à une sorte d'atrophie du côté gauche du sacrum et de la partie voisine de l'os iliaque : en effet, le premier de ces os n'a de largeur, de ce côté, que celle que borne la rangée des trous sacrés antérieurs. Quant à l'os iliaque, il manque également de cette portion qui fait partie de l'échancrure sciatique, et qui forme la région postérieure et latérale du détroit. Tous deux sont unis dans une étendue de deux pouces environ, non par une symphyse, mais par une ossification très-solide et sans traces d'articulation ou de cicatrice. Voici les dimensions des deux détroits et de l'excavation de ce bassin.

1°. *Détroit supérieur.* — Du sacrum aux pubis, 3 pouces 9 lignes. — Du milieu d'un ilium à l'autre, 3 pouces 8 lig. — De la région cotyloïdienne droite à la symphyse sacro-iliaque gauche, 5 pouces 1 ligne. — De la région cotyloïdienne gauche à la symphyse sacro-iliaque droite, 3 pouces.

2°. *Excavation.* — Des pubis au sacrum, 4 pou-

ces et demi. — D'un côté à l'autre, 3 pouces et demi.

3°. *Détroit inférieur.* — Des pubis au coccyx, 4 pouces 2 lignes. — D'une épine sciatique à l'autre, 2 pouces 4 lignes. — D'une tubérosité sciatique à l'autre, 3 pouces.

N° XVII.

Deux exemples d'accouchement spontané après crâniotomie.

I. Thérèse Mach...., rachitique et difforme; bassin de *deux pouces neuf lignes;* malade pendant sa grossesse (pneumonie).

9 nivose, travail puerpéral. Le 11, rupture spontanée des membranes; inertie utérine; enfant immobile. Le 12, la peau du crâne est mollasse, le méconium s'écoule du vagin : crâniotomie.. Des douleurs faibles, aidées de nos efforts manuels, suffirent à l'expulsion d'un garçon de volume ordinaire, qui naquit dix minutes après la perforation du crâne. La péripneumonie reparut bientôt et enleva la malade le septième jour de ses couches.

Une consultation nous avait dicté cette conduite un peu trop timide.

II. Joséphine Grij...., déjà mentionnée (n° 1, art. 12), âgée de vingt-quatre ans; primipare, à terme. Premières douleurs le 16 floréal an 12. Bassin de *deux pouces et demi.* Après vingt-quatre heures de travail, tentatives inutiles pour opérer

l'accouchement. Six heures après, arrivée à l'hospice. Membranes rompues, enfant immobile, odeur cadavéreuse sortant du vagin, organes génitaux de la mère très-enflammés, contractions utérines fortes et soutenues. (*Bain, injections émollientes.*) La tête, à peine engagée malgré une dépression profonde du pariétal droit qui touchait l'angle sacro-vertébral, était couverte d'une tumeur qui s'avançait jusqu'à la vulve. Crâniotomie opérée vers la suture sagittale. Expulsion prompte d'un enfant femelle putréfié, et du poids de quatre livres; le placenta, putréfié également, sortit peu après. Rétablissement complet après une fièvre inflammatoire fort légère.

N° XVIII.

Plusieurs cas de resserrement du bassin; crâniotomie; crochets, etc.

I. C. Desh..., femme faible, pâle, âgée de dix-huit ans, réglée à quatorze, n'ayant marché qu'à quatre, petite et boiteuse, primipare et à terme. *Bassin de trois pouces.* Travail commencé le 28 novembre 1810 au soir. Le 29, les douleurs deviennent plus fortes; rupture spontanée des membranes, tête haute, *placée en travers* et le front à droite et un peu en avant; fièvre, céphalalgie, etc. (*Sangsues au cou.*) Le soir, la tête s'engage dans le détroit; une dépression profonde a permis à l'angle sacro-vertébral de s'enfoncer dans le pariétal gauche. Le 30,

continuation des accidens; nul progrès. Le *forceps*, appliqué du front à l'occiput, glissa sur ces parties; l'orifice fut repoussé au-dessus de la tête; celle-ci se tuméfia de plus en plus, mais le soir elle avait perdu sa rénitence. Enfant immobile; écoulement de matières verdâtres (méconium) et fétides par le vagin; douleur vive dans la région iliaque droite. Après sept à huit heures de repos, nouvelle application du forceps aussi inutile que la première. *Perforation* du crâne, suivie de l'introduction d'un *crochet* aigu dans l'ouverture. L'extraction fut dès-lors bientôt terminée. Le *crochet* mousse n'avait pas offert une prise suffisante.

Garçon pesant cinq livres et demie après l'évacuation de l'encéphale. La perforation avait été retardée à cause d'un mouvement que C. Desh... avait cru sentir de la part de son enfant.

Délivrance spontanée, suivie de douleurs abdominales, de vomissemens, et de tous les autres symptômes d'une péritonite déjà développée avant l'accouchement, et qui fit périr la malade quarante-huit heures après l'accouchement.

A *l'examen du cadavre*, on trouva de la sérosité rougeâtre dans les plèvres et le péricarde, des ecchymoses et de l'injection au diaphragme. Dans l'abdomen, sérosité floconneuse, péritoine rosé, estomac *aminci* en trois endroits, intestins météorisés.

Utérus sain, volumineux, incliné à gauche. Ovaires gonflés et en suppuration; escarre gangré-

neuse à la partie supérieure et droite du vagin (point comprimé entre le front et le détroit).

Détroit supérieur du bassin trapézoïde. Diamètre sacro-pubien, trois pouces; diamètre transverse, vers la partie postérieure, cinq pouces deux lignes; vers la partie moyenne, quatre pouces et demi seulement. Diamètre oblique, quatre pouces et une ligne.

Détroit inférieur. Diamètre ischiatique, quatre pouces onze lignes; diamètre coccy-pubien, trois pouces cinq lignes (à partir du sommet du coccyx).

Symphyse pubienne fort mobile.

II. Ant. Bour... (*voyez* ci-dessus, n°. VII, art 1), accouchée par la version du fœtus le 9 thermidor an 11, après quatre heures de travail, fut soumise à une nouvelle version précédée de la *perforation* du crâne, le 6 frimaire an 14. L'enfant avait présenté le vertex dans la première position : il pesait sept livres.

III. A la fin d'une troisième grossesse, et déjà en travail, cette femme se présenta de nouveau à l'hospice le 29 janvier au soir. Membranes rompues, dilatation incomplète, première position, douleurs faibles. Le lendemain, 30 janvier, d'après les signes reconnus de la mort de l'enfant, on décide et on pratique la *crâniotomie;* plusieurs pièces osseuses sont enlevées. Repos d'une heure suivi de l'application du *crochet* aigu, qui amène un enfant mâle pesant six livres trois quarts : il avait vingt pouces six lignes de longueur. La tête offrait, du

menton à l'occiput, cinq pouces; du front à l'occiput, quatre pouces un quart; d'une bosse pariétale à l'autre, trois pouces et demi. Le poumon droit surnageait.

La mère s'est promptement rétablie.

IV. Une quatrième grossesse força cette même femme de recourir encore à nos soins, le 6 mars 1819. Elle avait alors trente-un ans. Membranes rompues le 7 au matin; douleurs accrues, dilatation peu à peu achevée, organes génitaux enflammés, fièvre, etc. (*Bain.*) La tête s'engage lentement en deuxième position, se tuméfie et se *ramollit;* version rendue impossible par la constriction de l'utérus; *crâniotomie* opérée à l'aide d'un *crochet* aigu fixé sur la partie postérieure du pariétal droit. Ce crochet emporta une portion du crâne, qui put alors se vider. Le crochet fut replacé dans son ouverture, et la *branche droite du forceps* fut appliquée sur le pariétal gauche, en devant et à gauche du bassin. Ces deux instrumens amenèrent sans peine un enfant mâle du poids de sept livres. Le travail avait, en tout, duré quinze heures. Délivrance naturelle.

N° XIX.

Plusieurs exemples de crâniotomie avant ou après la version.

I. L. Franc..., âgée de dix-neuf ans, rachitique et n'ayant marché librement qu'à sept ans, réglée

à quinze, petite, et, comme plusieurs de celles qui précèdent, ayant les jambes et les cuisses contournées, mais le rachis droit. Bassin de *deux pouces et demi.*

Premières douleurs le 12 novembre 1810. Dilatation complète le 14 au matin; rupture des membranes; tête fort haute, présumée en première position; douleurs accrues; tuméfaction de la peau du crâne. Enfant immobile depuis trois jours. Crâniotomie opérée le soir, à l'aide d'un crochet aigu fixé sur l'occipital; les ciseaux de Smellie ouvrirent aussi la fontanelle postérieure; l'occipital d'abord, les pariétaux ensuite furent déchirés sans fruit par le crochet : alors, de la main gauche portée dans l'utérus malgré sa contraction, je saisis le pied gauche. Ce membre suffit à l'extraction d'un garçon du poids de cinq livres. On avait eu soin seulement de favoriser le pelotonnement en repoussant la tête. Suites de couches simples et heureuses.

II. Cette même femme fut depuis également accouchée après la crâniotomie. Nul renseignement sur cette opération.

Le 10 mai 1819, troisième travail à terme. Rupture prématurée des membranes. *Procidence* des deux pieds, d'une main et du cordon ombilical. Ce dernier avait cessé de battre et s'était refroidi lorsque la dilatation fut complète. *Version* opérée sans peine : la tête résista seule. *Crâniotomie* suivie de l'extraction d'un enfant pesant six livres.

Le travail avait duré douze heures. Une péritonite enleva la malade peu de jours après l'accouchement.

Bassin conservé. *Détroit supérieur* réniforme et symétrique. Diamètre sacro-pubien, deux pouces un quart; diamètre transversal, quatre pouces dix lignes. — *Détroit inférieur*. De l'arcade pubienne à la *base* du coccyx, trois pouces sept lignes; du sommet d'une épine sciatique à l'autre, trois pouces six lignes; du milieu d'une tubérosité sciatique à l'autre, trois pouces neuf lignes.

III. Victoire Boul..., âgée de trente-six ans, a reçu, vers la fin du huitième mois de sa première grossesse, un coup sur l'abdomen, suivi d'immobilité du fœtus et d'infiltration des membres inférieurs de la mère. Trois semaines après l'accident, rupture spontanée des membranes, douleurs sans effet. Après trois jours de travail (21 messidor an 12), un chirurgien *perfore* le crâne, qui se présente en deuxième position, et arrache, à l'aide du crochet, les os de ce crâne putréfié. Version tentée sans succès. Le 22, arrivée de la malade à l'hospice : fièvre, faiblesse, inflammation des organes génitaux. *Bassin de deux pouces et demi.* (*Bains, injections.*) *Version* rendue difficile par la rigidité de l'orifice utérin. Je saisis, un peu au-dessus de la tête, le genou droit, que je dégageai. Le pied d'abord et la jambe ensuite, ramollis par la putréfaction, cédèrent à nos efforts et se séparèrent; mais le bassin de l'enfant était descendu, et

deux doigts, déprimant les parois du ventre, s'appuyèrent sur les pubis et terminèrent l'extraction d'un garçon pesant trois livres.

Délivrance artificielle. Vaisseaux du cordon divisés et ramifiés avant d'arriver au placenta.

Fièvre miliaire guérie par les sangsues et les boissons adoucissantes.

IV. Françoise Surc..., rachitique; *bassin de deux pouces et demi.* Travail commencé le 13 vendémiaire an 11; tête du fœtus fort élevée; nul signe de vie de sa part. *Version.* Tête retenue; crâne perforé et vidé; extraction alors facile. Garçon d'un volume ordinaire. Rétablissement complet.

V. M. Mad. Gend..., rachitique; *bassin de dix-neuf lignes.* Elle souffrait depuis long-temps à son arrivée, le 18 mai 1806; fièvre, douleurs, etc. Présentation des pieds en deuxième position. Extraction directe suivie de crâniotomie; garçon d'un poids ordinaire. Mère morte d'épuisement le jour même.

VI. Cath. Bott... *Bassin de deux pouces et demi.* En travail depuis trois jours; vertex très-élevé, face presqu'en arrière (première position occipito-pubienne). Diverses tentatives inutiles faites hors de l'hospice. *Crâniotomie* suivie de *version.* Fille pesant cinq livres. Fièvre adynamique non guérie lors du départ de la malade.

VII. Même position de la tête enfoncée dans le détroit, tuméfiée, mais *mollasse*, chez la nommée Dup..., arrivée, après trois jours de travail

et diverses tentatives de *version* et d'application du *forceps*, le 3 mars 1818. *Bassin de trois pouces.* Nouvelles tentatives pour l'application du forceps également inutiles. Version rendue impossible par la constriction de l'utérus. *Crâniotomie* suivie de l'apposition d'un crochet qui déchire le crâne. *Version* pénible, mais assez promptement terminée. Enfant mâle et pesant quatre livres. Le travail avait en tout duré quatre-vingt-seize heures, et les membranes s'étaient rompues de prime-abord. Péritonite violente guérie par la saignée. Cette femme avait été accouchée deux fois par la version du fœtus ; un troisième enfant fort petit était né spontanément.

N° XX.

Rétrécissement considérable ; première position du vertex ; version ; perforation du crâne ; crochets.

La nommée Veb..., âgée de trente ans, ayant la physionomie rachitique (menton avancé), pâle, maigre et haute de moins de quatre pieds, quoique le rachis soit droit et les membres inférieurs peu contournés, était accouchée déjà pour la première fois à l'hospice le 26 mai 1818, d'une fille née morte; elle parle de *crâne brisé*, et nos registres portent en effet qu'elle a été accouchée par la version du fœtus, suivie de la crâniotomie et de l'application d'un crochet aigu.

Trois ans après, le 22 mai 1821, enceinte pour la deuxième fois et à terme, elle arriva à l'hospice, souffrant depuis trois jours, et rendant depuis quatre des glaires sanguinolentes. Les membranes étaient entières, les douleurs faibles, et la dilatation ne fut complète que le 23 au matin. La mesure du bassin, prise à la manière ordinaire, indiquait trois pouces un quart au détroit supérieur : cependant l'angle sacro-vertébral était singulièrement accessible, et l'on verra plus loin que cette mesure était inexacte, sans doute parce que le bord inférieur des pubis, inclinés en bas et en avant, donnait entre son éloignement de l'angle sacro-vertébral et celui du bord supérieur, une différence bien plus considérable que les six lignes qu'on lui assigne d'ordinaire.

Le 23 mai, à dix heures un quart, après avoir pris l'avis du professeur Dubois, je me décide à retourner le fœtus. La main droite introduite me fait soupçonner la première position du vertex : je la retire, et je porte la gauche dans l'utérus, en ouvrant les membranes. Ce viscère contient peu d'eau ; la main pénètre difficilement, sent un pied vers le côté gauche du fond de la matrice. Cette disposition me fit penser que de la main droite j'atteindrais plus aisément le pied droit, qui fut effectivement bientôt amené. L'enfant descendit offrant directement le sternum en avant. Le cordon pulsait, et le thorax faisait des efforts d'inspiration. Les bras furent très-difficilement dégagés ; je n'y parvins

qu'en abaissant fortement chaque épaule l'une après l'autre, en commençant par la droite, et poussant les coudes en arrière et en bas; ils sortirent ainsi sur les côtés du thorax en passant derrière la tête. Cela fait, je portai la main gauche dans la concavité du sacrum; je glissai mes doigts vers la gauche du bassin et de la tête, les enfonçai dans la bouche de l'enfant, et dirigeai la face à gauche sans pouvoir engager dans le détroit supérieur autre chose que la mâchoire inférieure.

Après plusieurs tractions qui furent suivies de la disparition des signes de vie qu'avait donné l'enfant, on s'assura que le détroit supérieur ne pouvait aisément contenir d'avant en arrière trois doigts accolés, ce qui indiquait un diamètre de deux pouces tout au plus. L'orbite gauche du fœtus était seul accessible; l'autre était, ainsi que la joue, au-dessus du pubis gauche. Plusieurs assistans essayèrent en vain leurs forces successivement et simultanément; leurs efforts n'aboutirent qu'à achever de faire périr l'enfant, en séparant les vertèbres du cou. Il fallut se décider alors à perforer le crâne; mais on ne sentait qu'une des fontanelles mastoïdiennes, qui, fort élevée et dans un plan fort oblique, ne pouvait être atteinte par la pointe des ciseaux de Smellie que parallèlement à sa surface. Déjà un des assistans avait déclaré la crâniotomie impossible, lorsqu'on parvint à percer l'occipital même au côté gauche de sa protubérance: pour cela l'instrument fut glissé sous le cou de l'en-

fant, ses anneaux portés fortement en arrière, et sa pointe poussée avec vigueur (1) selon l'axe du détroit abdominal. L'instrument, fiché dans l'os, ne put être ouvert qu'avec beaucoup de peine, et les branches se faussèrent; mais l'ouverture fut suffisante pour le passage d'un doigt, puis d'un petit crochet destiné à broyer l'encéphale, et d'une canule propre à faire passer dans le crâne les injections qui devaient en délayer et en expulser le *detritus* cérébral.

On avait déjà tenté sans succès l'application du crochet mousse dans la bouche; on y revint encore, et l'on y joignit celle d'un deuxième dans l'ouverture de l'occipital. La résistance était telle que rien n'avançait malgré les tractions de deux personnes robustes. La base du crâne ne pouvait franchir le détroit; elle avançait quelquefois un peu, puis remontait quand on cessait les tractions : d'ailleurs, l'occipital finit par se déchirer.

Enfin on parvient à porter la main droite jusque vers la racine du nez; un crochet à courbure très-courte est enfoncé sur le sourcil gauche, et il produit un peu d'abaissement dont on profite pour avancer la main jusque sur la tempe et empêcher la rétrogradation. Le même crochet (ou un autre formant une anse un peu plus large) est fixé alors

---

(1) Cette manœuvre fut exécutée par l'Éditeur sous les yeux de madame Lachapelle, ainsi que celle dont l'exposé va suivre.

sur la tempe gauche et produit un nouveau degré d'abaissement, dont on profite pour porter les doigts jusque vers la voûte du crâne. Ces doigts guident ensuite le crochet aigu à large courbure qui termine les branches du forceps de M. Dubois. Ce crochet, introduit à plat, puis retourné la pointe en devant, peut ainsi être enfoncé au-dessus de la tempe de manière à agir sur la partie la plus élevée du crâne, et non plus sur un de ses côtés, mais sur son milieu. Les efforts exercés après son implantation furent très-douloureux, parce que la convexité du crochet appuyait fortement sur l'angle sacro-vertébral (1); mais il avait une prise si sûre que, protégé par la main, qui n'a cessé de rester en place, il fit franchir à la base du crâne le détroit supérieur; la main, en appuyant sur la voûte, facilita cet heureux succès. Le détroit franchi, l'extraction fut en un instant complète, et la délivrance eut lieu une demi-heure après.

L'enfant était fort gros; les humérus et les clavicules étaient intacts. Quant au crâne, outre la perforation dont nous avons parlé, il offrait encore deux déformations très-remarquables : la première était une forte inclinaison de la base, dont le côté gauche se rapprochait beaucoup de l'é-

(1) La largeur de l'anse de ce crochet était cependant dirigée un peu diagonalement, car il n'aurait probablement pas pu traverser le détroit si cette largeur était restée en rapport direct avec le diamètre sacro-pubien.

paule, tandis que l'autre s'en éloignait dans la même proportion : cette inclinaison indiquait que le côté gauche était descendu le premier, et qu'ainsi la base du crâne avait traversé le détroit, pour ainsi dire, de champ, et en lui présentant, autant que possible, non sa largeur, mais son épaisseur. La seconde déformation accommodant les os de la voûte à l'inclinaison de la base, avait de plus aplati cette voûte transversalement, au point de ne lui laisser qu'un pouce et demi d'un côté à l'autre; en outre, le crâne, aplati, était fortement concave, et comme ployé du côté gauche, qui avait glissé sur l'angle sacro-vertébral.

L'accouchement ne fut terminé qu'à midi; les manœuvres avaient donc duré sept quarts d'heure. Cependant cette femme eut à peine un peu de fièvre; la sécrétion du lait eut lieu au terme ordinaire. L'utérus resta long-temps au-dessus du détroit supérieur, qui semblait ne pouvoir pas le contenir. La ligne blanche était si mince qu'on distinguait aisément au toucher ce viscère, et même une tumeur fibreuse d'un pouce de diamètre, adhérente à la partie postérieure de son fond.

FIN DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

VIIe MÉMOIRE. ECLAMPSIE OU CONVULSIONS PUERPÉRALES.

§ Ier. *Définition.* — Distinctions entre l'éclampsie et diverses autres affections spasmodiques, *pages* 1–3.

§ II. *Fréquence.* — Énumération des faits observés à l'hospice. — Table des dates. — Époque du développement de l'éclampsie, 3–5.

§ III. *Causes.* — Prédispositions; 1re grossesse, infiltration séreuse, etc., 5–8.

§ IV. *Symptômes.* — A. *Prodromes*, manquent quelquefois; leur énumération. — *Note* sur l'analogie de certains prodromes et de la migraine, etc. — Ces prodromes paraîssent tenir à la *torpeur* de l'encéphale. — B. *Accès.* Symptômes dus aux organes locomoteurs, sensoriaux, respiratoires, etc. — Marche, nombre et durée des accès. — C. *Intervalles* des accès; coma, 8–15.

§ V. *Diagnostic; Différences.* — Éclampsie comparée à l'hystérie, à l'apoplexie, à l'épilepsie. — Conclusion; cette affection participe du caractère de ces deux dernières affections, 15–18.

§ VI. *Pronostic*, grave. — *A.* Relativement à la mère. L'éclampsie est mortelle, abandonnée à la nature; considérations sur l'époque de l'apparition, sur les causes, les symptômes, etc. de la maladie, le nombre des accès. — Suites funestes; leurs diverses natures. — *B.* Relativement à l'enfant; pourquoi il naît souvent mort; exception; cette mort est-elle effet ou cause de l'éclampsie? 18–23.

§ VII. *Examen des cadavres.*—Encéphale, péritoine, etc., 23-24.

§ VIII. *Traitement* préservatif : est le même que le curatif. — 1°. Médications agissant contre les *causes indirectes*. *A*. Ouverture des membranes; accouchement artificiel. — *B*. Scarifications. — *C*. Anti-spasmodiques, dérivatifs, etc. — 2°. Médications agissant contre la *cause prochaine*. — A. *Saignée ;* règles relatives à son emploi ; *B*. Froid, 24-34.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. *Apoplexie* sanguine avant l'accouchement. — Opération césarienne sur le cadavre. — Enfant vivant, puis mort de convulsions. — Examen anatomique. — *Réflexions* sur l'analogie de l'éclampsie et de l'apoplexie ; sur la cause des convulsions de l'enfant, 35.

N° 2. *Pléthore et Apoplexie* séreuses. — Mort avant l'accouchement (7e mois). — Examen anatomique. — *Remarques* sur la fièvre et l'anasarque active, 39.

N° 3. *Anasarque; Convulsions* AVANT LE TRAVAIL. — Enfans jumeaux et vivans, morts peu après de convulsions. *Version.* — Hémorrhagie utérine suivie de fièvre ; guérison. — *Remarques*, 42.

N° 4. *Idem.* — *Idem*. Signes précurseurs très-marqués. — Accouchement spontané. — Enfant mort. — Placenta squirrheux. — *Remarques*, 44.

N° 5. *Idem.* — *Idem.* Symptomatologie très-détaillée. — Rupture des membranes. — Accouchement spontané. — Enfant mort. — Indigestion. — Guérison. — *Remarques* diverses, 47.

N° 6. *Éclampsie* ou *Épilepsie* PENDANT et APRÈS LE TRAVAIL. — Accouchement spontané. — Guérison. — Enfant

vivant. — *Remarques* sur l'analogie de l'éclampsie et de l'épilepsie, 56.

N° 7. *Épilepsie* habituelle. — *Éclampsie* mortelle. — Travail prématuré; *version*. — Enfant faible. — *Remarques*, 58.

N° 8. *Éclampsie*. *Coma*. *Forceps*. — Fièvre cérébrale; guérison. — Enfant mort, 61.

N° 9. *Éclampsie*. — Accouchement spontané. — Enfant mort. — Fièvre mortelle. — Examen du cadavre; perforation de l'estomac et du diaphragme.—*Réflexions*, 64.

N° 10. Plusieurs exemples d'*Éclampsie* pendant et après le travail, suivie de péritonite et pleurésie puerpérales. — 1. *Forceps;* enfant mort; pleurésie mortelle. — 2. *Forceps;* enfant vivant; péritonite mortelle. — 3. *Forceps;* enfant vivant; fièvre, etc.; guérison. — 4. *Forceps;* enfant vivant; péritonite guérie. — 5. *Forceps;* enfant mort; pleuro-péritonite guérie, 66.

N° 11. *Éclampsie* ou *Épilepsie* APRÈS L'ACCOUCHEMENT; guérison. — *Remarques*, 72.

N° 12. *Éclampsie* après l'accouchement; guérison, 75.

N° 13. *Idem*. — Plusieurs exemples. — 1. Accouchement spontané; guérison. — 2. *Idem;* vingt-six accès; mort. — 3. *version;* mort. — 4. Accouchement spontané; accès aggravés par la saignée; mort. — 5. *Idem;* convulsions au 10e jour des couches; douze accès; guérison, 77.

VIIIe MÉMOIRE. RUPTURES ET DÉCHIRURES DES ORGANES GÉNITAUX.

Introduction. — Quelques détails sur la mobilité des os du bassin et la séparation des symphyses. — *Note* sur la rupture de quelques muscles pendant l'accouchement, 84-86.

ART. Ier. *Ruptures ovariques et tubaires.* — La grossesse extra-utérine en est la cause la plus ordinaire. — Diverses espèces de grossesses extra-utérines. — *Notes* à l'appui. — Signes. — Terminaisons. — Ruptures subites. — Hémorrhagie intérieure. — Ruptures lentes; abcès, fistules. — Indications; dans quels cas on doit procéder à la gastrotomie. — Circonstances favorables; abcès, tumeurs, etc., 86-97.

ART. II. *Ruptures utérines.* — *Introduction.* Fréquence, prédispositions, etc., 97-99.

§ Ier. *Causes.* — 1°. Pendant la grossesse. — 2°. Pendant le travail. Le fœtus n'en est jamais cause *active.* — Erreur des anciens. — Mécanisme par lequel l'accident se produit. — La rupture des membranes est une condition nécessaire. — La ténuité de l'utérus n'est pas toujours suivie de rupture, 99-103.

§ II. *Variétés.* — *Siége* variable. — Effet de l'insertion du placenta; quel est le point le plus exposé. — *Note* sur les effets de la pression du détroit supérieur. — *Forme* et *grandeur* variées, profondeur; quelquefois toute l'épaisseur de l'organe n'est pas envahie. — *Rapidité* de l'accident variable. — 1°. Déchirures lentes, *chroniques;* ulcérations, abcès, fistules, grossesses extra-utérines. — 2°. Déchirures proprement dites. — *Déchirures subaiguës;* éraillemens, usures. — *Déchirures aiguës;* ruptures subites. — *Remarques* sur l'ecchymose comparée à l'état gangréneux, 103-110.

§ III. *Symptômes*, *Diagnostic.* Énumération. — 1°. Douleur; ses caractères. — 2°. Inertie et déformation du ventre. — 3°. Circonstances commémoratives. — Toucher. *Remarques* sur l'état de l'orifice utérin; sur l'enkystement du placenta, 110-116.

§ IV. *Pronostic;* variable suivant le siége, l'étendue, etc. de la lésion. — Passage du fœtus dans l'abdomen; ses

effets. — Gravité des lésions de l'utérus. Exemples. — Pronostic par rapport à l'enfant ; 1°. déchirure lente ; mort certaine. 2°. et 3°. Rupture subite ; elle est dangereuse, mais n'est pas toujours mortelle pour lui, 116-122.

§ V. *Indications et Traitement.* Prophylaxis.—Traitement curatif ; les déchirures de l'orifice n'en exigent aucun. — *Ulcérations*, abcès, etc. Quand peut-on les ouvrir ? — *Eraillemens* et *Ruptures* ; soins qu'elles exigent quand l'enfant est encore dans la matrice ; quand il a passé dans l'abdomen. — Indications. — Dans quels cas il faut pratiquer la gastrotomie. — *Remarque* sur les signes de la vie du fœtus, 122-127.

Art. III. *Ruptures vaginales.* — *Remarque* sur les causes qui disposent ce canal aux ruptures et qui l'en exemptent, etc., 128-129.

§ Ier. *Ruptures subites* ou *aiguës.* — Siége variable. — Particularités relatives au siége. — Fistules. — Passage de l'enfant dans l'abdomen. — Sortie de l'intestin, etc. — Indications. — *Thrombus ;* leurs causes, leurs signes, leur pronostic, leur traitement, 129-134.

§ II. *Ruptures lentes, chroniques,* ou ulcérations gangréneuses. — Fistules recto-vaginales. — Fistules urinaires ; leur diagnostic, leur pronostic, leur traitement, 134-138.

Art. IV. *Ruptures vulvaires et périnéales.* — Rupture de l'hymen, des grandes lèvres, des nymphes, de la fourchette. — *Rupture du périnée.* — A. *Rupture antéro-postérieure ;* ses causes, son étendue variable, ses effets. — Moyens de la prévenir, d'y remédier. — Elle est souvent curable. — Dans quelles circonstances. — B. *Rupture médiane* ou centrale ; ses causes, son mécanisme, ses signes, ses effets. — *Remarque* sur les erreurs auxquelles elle a pu donner lieu, 138-146.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. *Grossesse tubaire ou ovarique.* — *Rupture* spontanée du kyste ; hémorrhagie mortelle. — Examen du cadavre. — *Conclusion*, 147.

N° 2. *Grossesse extra-utérine*, compliquant une grossesse normale. — *Rupture* du kyste et mort quatre jours après l'accouchement. — Examen du cadavre. — *Réflexions*, 152.

N° 3. *Rupture spontanée de l'utérus.* — Bassin étroit ; *version.* — Enfant putréfié. — Mort de la mère. — Examen du cadavre, 155.

N° 4. *Rupture de l'utérus et du vagin*, suite de manœuvres inconsidérées. — Passage de l'enfant dans l'abdomen. — Mort des deux individus. — Examen des cadavres, 158.

N° 5. *Déchirure sub-aiguë de la matrice.* — 4e position de l'épaule droite ; *version.* — Enfant mort. — Hémorrhagie et spasme mortels. — Examen du cadavre. — *Remarques*, 163.

N° 6. *Rupture spontanée de l'utérus et de la vessie.* — *Version.* — Enfant mort. — Mort de la mère au 3e jour. — Examen du cadavre. — *Remarque*, 168.

N° 7. *Rupture de l'utérus et du vagin*, suite de manœuvres mal habiles. — *Perforation* du crâne ; *forceps.* — Mort. — Examen du cadavre, 172.

N° 8. *Deux exemples d'abcès mortels* par suite de déchirure à l'utérus. — 1. Inertie ; *version.* — Croisement des bras. — Enfant vivant. — Phthisie pulmonaire. — Mort deux mois et demi après l'accouchement. — Examen anatomique. — 2. Bassin étroit ; *version.* — Perforation du crâne. — Mort vingt jours après. — Examen du cadavre. — *Réflexions* sur les observations qui précèdent, 174.

N° 9. *Rupture utérine, guérie.* — Manœuvres inutiles. —

Crâniotomie ; crochets. — Signes de la rupture. — *Réflexions* sur cette observation et sur la crâniotomie en général, 179.

N° 10. *Rupture utérine sub-aiguë, guérie.* — Bassin étroit. Passage de l'enfant dans l'abdomen ; *version.* — Enfant putréfié. — Suites de l'accouchement, 184.

N° 11. *Plusieurs observations de rupture utérine et vaginale* mortelle. — 1. Présentation de la face ; rupture de la vessie. — 2. Manœuvres multipliées et infructueuses ; accouchement *spontané.* — Ouverture du cadavre. — 3. *Forceps ;* enfant vivant ; péritonite mortelle au 9e jour des couches, 187.

N° 12. *Rupture du vagin, guérie.* — Tentatives infructueuses. — Crâniotomie. — *Réflexions* sur cette observation, 192.

N° 13. *Trois exemples d'hémorrhagie par rupture d'une varice* vaginale ou vulvaire, 197.

N° 14. *Trois exemples de thrombus* vagino-vulvaires, 199.

N° 15. *Deux exemples de rupture totale du périnée.* — Lésion de l'anus ou du rectum ; guérison. — *Réflexions,* 202.

N° 16. *Six exemples de rupture centrale du périnée* avec ou sans lésion du rectum, 205.

IXe MÉMOIRE. PROCIDENCES.

§ Ier. *Définition, Division.* — Parties du fœtus qui sont sujettes à cet accident. — Cordon ombilical ; mains, pieds. — Tableau des *genres* et des *espèces.* — Pourquoi les positions de l'abdomen n'en font pas partie, 212-214.

§ II. *Fréquence.* — Dénombrement des divers cas d'après mes registres. — Ordre de fréquence des *espèces* ; cordon, mains, pieds. — Fréquence des *genres,* 214-216.

§ III. *Causes prédisposantes et déterminantes.* — Mobilité, etc. — Rupture subite des membranes. — Vices du bassin, etc., 216-218.

§ IV. *Signes.* — Membranes fongueuses ; col à parois minces, causes d'erreur. — Membranes ouvertes ; état du cordon ; sa flétrissure n'est pas toujours un indice de mort ou de faiblesse, 218-222.

§ V. *Pronostic, suites, etc.* — *A.* Obstacles mécaniques résultant des procidences. — Le cordon peut-il étrangler le fœtus ou le retenir? — Effets de son entortillement autour du cou, etc. — Influence de la présence d'une main ou d'un pied avec la tête, etc. — Trois conséquences possibles de cet événement, 222-226.

B. Effets de la compression du cordon. — Ne rien craindre du refroidissement ou du dessèchement. — La compression agit-elle en produisant l'*apoplexie*, l'*anœmie* ou l'*asphyxie?* — Discussion en faveur du dernier mode d'action — Définition de ces mots, 226-230.

§ VI. *Traitement.* — 1°. Cas où l'on peut *laisser agir la nature.* — *A.* En lui abandonnant l'accouchement. — Cordon, main, pied. — *B.* Après avoir corrigé la procidence. — *Réduction* de la main, du pied, du cordon. — Procédés opératoires proposés à cet effet. — Cas où la réduction est inefficace, 230-236.

2°. Cas où il faut appliquer *le forceps*, 236.

3°. Cas où la *version* est indiquée. — Repousser le cordon avant de pratiquer le pelotonnement, 236-237.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Plusieurs exemples d'*accouchement spontané avec procidence du cordon ombilical.* — 1. Dilatation lente de l'orifice ; enfant mort. — 2. Accouchement prompt ; enfant vivant. — 3. Accouchement lent ; asphyxie mor-

telle. — 4. Jumeaux; accouchement prompt; enfant vivant. — 5. *Idem;* enfans abortifs. — 6. Pied, main et cordon; enfant abortif. — 7. Bassin étroit; enfant vivant, 238.

N° 2. *Procidence de la main.* — Diagnostic obscur. — Accouchement spontané. — *Remarques*, 242.

N° 3. Plusieurs exemples de *réduction du cordon* glissé sous la tête. — Accouchement spontané. — 1. Enfant vivant. — 2, 3, 4, 5, 6. *Idem.* — 7. Enfant mort, 244.

N° 4. Plusieurs exemples de *réduction d'une main* descendue sous la tête. — Accouchement spontané. — 1. Enfant vivant; disposition au renversement de l'utérus. — *Remarque.* — 2. Enfant vivant. — 3. *Idem*, 246.

N° 5. *Procidence du cordon.* — *Forceps;* enfant viable. — *Réflexions* sur les indications présentées par les diverses périodes de cet accouchement, 249.

N° 6. *Idem.* — *Idem;* détails sur l'opération; asphyxie guérie. — *Réflexions*, 251.

N° 7. *Procidence du cordon et d'un bras.* — Jumeaux. — 4e position du vertex. — *Forceps;* asphyxie guérie. — *Remarques*, 254.

N° 8. *Procidence du cordon et d'une main.* — *Forceps;* asphyxie guérie, 256.

N° 9. *Procidence du cordon.* — 1re position frontale; *version.* — Section du cordon passé entre les cuisses du fœtus. — Extraction de la tête difficile. — Enfant mort; placenta décollé, 257.

N° 10. Plusieurs observations de *version pour procidence du cordon* sous la tête. — 1. Traction sur un seul membre; enfant viable. — 2. *Idem*, enfant vivant. — 3. Tractions sur les deux pieds; enfant faible; *hémorrhagie* renouvelée au 9e jour; *tamponnement.* — 4. *Version*

simple; enfant viable. — 5. *Idem.* — 6. Un seul pied; enfant mort; péritonite guérie. — *Réflexions,* 259.

N° 11. Deux exemples de *version pour procidence du membre supérieur* sous la tête. — 1. Traction sur un seul pied; enfant vivant; hémorrhagie interne. — 2. Les deux pieds amenés; extraction irrégulière; enfant viable, 263.

N° 12. Plusieurs exemples de *version pour procidence du cordon* et d'*un membre supérieur* sous la tête. — 1. Un seul pied; asphyxie guérie. — 2. *Idem;* enfant viable. — *Notes* sur la direction qu'impriment les tractions sur un seul membre et sur le croisement d'un bras. — 3. *Version simple;* enfant viable. — 4. *Idem.* — 5. Bassin étroit; manœuvres inconsidérées; rupture utérine; dégagement irrégulier du tronc; face en avant; crochet mousse; enfant mort; placenta décollé. — Mort de la mère. — Ouverture du cadavre, 265.

N° 13. *Procidence du cordon et d'un pied* sous la tête. — *Version* par le moyen du pied descendu; enfant vivant. — *Remarques*, 271.

N° 14. Trois exemples de *procidence de plusieurs membres* sous la tête, avec ou sans le cordon. — 1. Main, avant-bras et pied droit; *version* à l'aide d'un seul pied; enfant viable. — 2. Main, avant-bras, cordon, front; *version* simple; extraction de la tête difficile; enfant viable. — 3. Côté droit de la tête, main droite, pied gauche; *version;* enfant faible. — *Remarques* sur les effets de la compression du cordon; sur le croisement d'un bras; sur la rupture de l'*orifice inférieur* du vagin, 273.

N° 15. Deux exemples de *procidence du cordon sous les fesses ou avec les pieds.* — 1. Première position des fesses; *extraction* par les pieds; asphyxie guérie. —

2. Première position des pieds ; *extraction* simple ; enfant vivant, 277.

N° 16. Deux exemples de *version* pour présence de l'*épaule et du cordon*. — 1. Tête retenue ; asphyxie avec pâleur. — *Remarque* sur cet état. — 2. Enfant putréfié, 279.

Xe MÉMOIRE. OBSTACLES DÉPENDANT DES PARTIES MOLLES.

PROLÉGOMÈNES. — *Définition* générale, *Division*. — *Tableau* des obstacles qui s'opposent à l'accouchement. — Dynamiques, mécaniques, etc., 282-283.

ART. Ier. *Inertie utérine*. — Distinction, 283-284.

§ Ier. *Définition, Division*. — Inertie par torpeur, par épuisement, 284-285.

§ II. *Causes* stupéfiantes. — Expansion mécanique ; expansion physiologique. — Effets du sommeil (note). — Fatigue, obstacles ; rupture prématurée des membranes. — *Note* sur les *fausses eaux ;* plénitude de la vessie, etc. — Brièveté du cordon (note), 285-289.

§ III. *Diagnostic et Pronostic*. — Signes de la torpeur ; signes de l'épuisement ; leurs suites pour la mère et l'enfant. — Erreurs auxquelles l'inertie peut donner lieu ; enclavement, tête trop grosse, vices de conformation, supposés, 289-292.

§ IV. *Indications*. — Effets de la saignée, des fumigations, des frictions, du seigle ergoté, 292-294.

ART. II. *Obstacles mécaniques formés par le col de l'utérus*, 294.

§ Ier. *Division, Causes*. — A. *Déviation* de l'orifice. — Manière dont l'obliquité utérine s'oppose à l'accouchement. — Flexion de l'utérus inclinant le fond et le col du même côté. — *Obliquité postérieure du fœtus*. — Position sus-pubienne de la tête (note). — Causes présumables de l'obliquité utérine (note), 294-298.

B. *Obturation* de l'orifice externe par des mucosités. — *Rigidité ;* rétrécissemens spasmodiques de l'orifice interne et de l'externe, souvent illusoires. — *Squirrhes* du col utérin. — *Oblitération* de l'orifice par des cicatrices, 298-301.

§ II. *Diagnostic et Pronostic.* — Effets de la déviation ; entraînement et rupture du col utérin. — Fissures du col squirrheux ; rupture de ce col (note). — *Douleurs de reins ;* leur cause, 301-305.

§ III. *Indications.* — Rectifier les obliquités. — Réduire l'orifice ; manœuvre peu importante. — Cas où les incisions sont nécessaires ; rarement pour la simple rigidité ; quelquefois inutiles même pour l'état squirrheux. — Inutilité des narcotiques. — Cas où l'opération césarienne est indispensable, 305-308.

Art. III. *Obstacles dus au vagin et aux parties externes.* — Tumeurs, brides, rétrécissemens, hymen, etc., 309-312.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. *Expériences sur l'emploi du seigle ergoté contre l'inertie utérine.* — Historique. — Huit observations. — Résultat général de plusieurs autres faits, 313.

N° 2. *Inertie* par surabondance de l'eau de l'amnios. — *Position sus-pubienne ;* saignée, etc. — Accouchement spontané ; enfant mort. — *Réflexions* sur l'obliquité postérieure, cause présumable de l'inertie. — Preuves, 318.

N° 3. Deux exemples d'*inertie* par résistance des membranes. — *Remarques* sur la résistance des membranes et sur l'obliquité postérieure. — *Note* sur la pratique de madame Lachapelle dans ces divers cas, 320.

N° 4. *Première position transversale* du vertex. — *Inertie* après rupture des membranes. — Travail fébrile. —

Bains ; accouchement spontané ; hémorrhagie externe, guérie. — *Note* sur les positions transversales, 323.

N° 5. *Inertie* avant et après rupture des membranes. — *Première position.* — *Forceps ;* enfant vivant, 325.

N° 6. *Inertie* après rupture des membranes. — Hémorrhagie pendant le travail. — 1re position. *Forceps ;* enfant vivant, 327.

N° 7. Trois exemples d'*inertie* après rupture des membranes. — 1re position. *Forceps.* — *Remarques*, 328.

N° 8. Deux exemples de *première position transversale* du vertex. — *Inertie* après rupture des membranes. *Forceps*, 331.

N° 9. *Deuxième position transversale* du vertex. — *Inertie ;* rétention d'urine. *Forceps ;* enfant mort. — *Remarques.* — Dimensions du crâne, etc., 333.

N° 10. Quatre exemples d'*inertie* après rupture des membranes. — 2e et 4e position du vertex. *Forceps*, 336.

N° 11. Trois exemples d'*inertie* avant rupture des membranes. — 1re et 2e position du vertex et des pieds. — *Version*, 339.

N° 12. Plusieurs exemples d'*inertie* avant rupture des membranes. — *Obliquité postérieure* et position sus-pubienne. — *Remarques* et annotations sur ce cas et quelques autres ; sur l'obliquité du fœtus et ses effets ; sur l'utilité de la station directe, etc., 342.

N° 13. Trois exemples de travail rendu pénible par une *obliquité* utérine. — Accouchement spontané. — Inertie et perte après l'accouchement, 351.

N° 14. Trois applications du *forceps* par suite d'*obliquité* utérine. — Hémorrhagie, 355.

N° 15. *Rigidité* de l'orifice utérin, du vagin et de la vulve.

— 1re Position des fesses ; *bains*, etc. — Accouchement spontané ; enfant mort, 361.

N° 16. Trois exemples d'application du *forceps* pour *rigidité* de l'orifice utérin. — Hémorrhagie, péritonite, déchirures, etc., 363.

N° 17. *Version* pour *inertie* et *rigidité*. — 1re position des fesses; enfant mort. — *Remarques* sur la dilatation forcée, 366.

N° 18. Plusieurs exemples de *squirrhe* à l'orifice utérin. — Accouchement spontané; deux à quatre jours de travail; enfans vivans, 368.

N° 19. *Idem*. Accouchement laborieux pour *squirrhe du col utérin*. — Deux à quatre jours de travail. *Forceps, incisions, etc.*, 371.

N° 20. Plusieurs exemples d'*imperforation* apparente de l'orifice utérin. — Accouchement spontané. — *Remarque* sur une certaine disposition de l'*orifice dévié*, 377.

N° 21. Plusieurs exemples de *tumeurs* au voisinage de l'orifice utérin. — Accouchement spontané. — Tumeurs fibreuses, squirrhes, kystes, cystocèle, 381.

N° 22. Tumeur *cystico-squirrheuse* dans la cloison recto-vaginale. — *Incision. Version difficile.* — Enfant mort; mort de la mère. — Examen du cadavre. — *Réflexions*, 389.

N° 23. *Brides* et *cicatrices* de la vulve et du vagin. — Cinq exemples, 396.

XIe MÉMOIRE. Obstacles dus au bassin.

Prolégomènes. — Ce genre d'obstacles produit souvent de prétendus enclavemens. — Le bassin peut être vicié dans trois endroits principaux. — 1°. *Détroit inférieur;* les effets de l'inertie utérine et de l'étroitesse de la vulve sont fort souvent pris pour ceux d'un prétendu vice de ce

détroit. — Autre cause d'erreur; flexion du bassin sur les cuisses. — 2°. *Excavation pelvienne;* la rectitude du sacrum en est le vice principal. — Exostoses intérieures; exemples (note), 401-404.

Art. Ier. *Vices du détroit supérieur. — Division.*

§ Ier. *Grandeur.* — Variétés naturelles. — Mauvaise méthode que de mesurer le détroit par sa circonférence, 405-406.

§ II. *Forme.* — Variétés naturelles. — Détroits réniformes, triangulaires, bilobés, arrondis, ovalaires et cordiformes, trapézoïdes, pyramidaux, trilobés, irréguliers, 406-410.

§ III. *Direction.* — Inclinaison naturelle, augmentée, diminuée, 410.

Art. II. *Fréquence.* — Le détroit supérieur est la partie le plus souvent viciée, et surtout son diamètre antéro-postérieur. — Fréquence proportionnelle des diverses formes, etc. — Résultats de la pratique de l'hospice, 410-412.

Art. III. *Causes.* — Rachitisme; signes qui font présumer un vice du bassin. — Luxation des fémurs, etc., 412-414.

Art. IV. *Diagnostic.* — Mensuration intérieure et extérieure; causes qui peuvent rendre cette dernière infidèle. — Signes de l'inclinaison des axes, 415-419.

Art. V. *Pronostic.*

§ Ier. Effets *relatifs à la mère;* ruptures, gangrènes, inflammations. — Quand l'accouchement naturel est-il possible? — Largeur d'un côté du bassin, avancement d'un des os, écartement des symphyses. — *Remarques* relatives à la direction du détroit, 419-425.

§ II. Effets *relatifs à l'enfant;* asphyxie, apoplexie, fractures; extraction violente et ses suites, 425-426.

Art. VI. *Indications et Méthodes opératoires*, 426.

§ Ier. Cas où l'*accouchement spontané* peut être espéré et favorisé, 427-428.

§ II. Cas où le *forceps* convient; manière de l'appliquer; application du front à l'occiput. — Suites de l'application du forceps comparées à celles de la *version*. — Manière de procéder à cette dernière opération. — Cas où elle est préférable à l'application du forceps; inclinaison des axes du bassin, etc., 428-432.

§ III. *Avortement artificiel*. — Opinions de divers auteurs; exemples de succès; exemples défavorables. — 1°. Examen de cette question : *l'accouchement naturel au terme de sept mois est-il possible* avec un bassin de deux pouces un quart? — *Table* des dimensions offertes par des enfans de sept à huit mois. — L'accouchement par la voie naturelle, en pareil cas, supposerait une réduction d'un tiers. — 2°. Inconvéniens de l'accouchement provoqué prématurément, par rapport à la mère. — 3°. Inconvéniens relatifs au fœtus. — *Conclusions*, 432-438.

§ IV. *Section pubienne*. — Historique. — Comparaison des suites heureuses et malheureuses des faits connus. — Discussion de ses avantages et de ses inconvéniens, 438-442.

§ V. *Opération césarienne*. — Énumération des suites heureuses et malheureuses. — Cas où elle est nécessaire. — Divers procédés opératoires. — *Signes de la vie et de la mort du fœtus*, nécessaires au choix de l'opération à faire. — *A*. Signes commémoratifs. — *B*. Signes sympathiques. — *C*. Signes idiopathiques, auscultation, etc. — 1°. Écoulement de matières putrides. — 2°. Mouvemens, pulsations. — 3°. Décollement de l'épiderme. — 4°. État du tronc sorti. — *Résumé*. — Exemples d'erreurs funestes, 442-456.

§ VI. *Emploi du crochet et du perce-crâne.* — Cas de nécessité. — Utilité de la version préliminaire. — Instrumens inventés pour la perforation du crâne; instrument proposé par l'éditeur. — Détroncation. — Faut-il laisser la nature agir après la perforation du crâne? — *Remarques* sur la forme des crochets et l'art de les employer avec avantage, 456-462.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

N° 1. Treize exemples de *resserrement* du bassin. — *Accouchement* spontané, 463.

N° 2. Trois exemples d'application du *forceps* pour *resserrement* du bassin. — 1re position du vertex, 467.

N° 3. Plusieurs exemples d'application du *forceps pour resserrement* du bassin. — 2e Position du vertex, 469.

N° 4. Trois exemples de *resserrement du bassin.* — Rigidité de l'orifice. — 1re position. — *Forceps;* rupture du crâne, etc., 472.

N° 5. Cinq observations de *version* pour *resserrement* médiocre du bassin. — 1re position du vertex. — Enfans vivans, 475.

N° 6. Six exemples de *resserrement.* — 1re position; forceps inutile; *version;* crochet mousse. — Enfans faibles ou morts, 478.

N° 7. Trois exemples de *resserrement* médiocre. — 2e position; *version;* crochet mousse. — Rupture utérine, etc., 482.

N° 8. *Resserrement* considérable. — 1re position des fesses. — Accouchement aidé, 484.

N° 9. Trois exemples de *resserrement* considérable. — Présence des pieds. — *Extraction.* — Crochet mousse, 485.

N° 10. Bassin *étroit*. — *Crâniotomie*. — Expériences relatives à la symphysiotomie, 487.

N° 11. *Idem*. — *Section pubienne*. — Forceps. — Enfant mort, 489.

N° 12. *Idem*. — *Perforation* du crâne. — *Section* pubienne, 493.

N° 13 *Idem*. — Difformité générale. — 3e position ; de l'épaule droite ; issue du cordon. — Convulsions. — *Opération césarienne*. — Mort de la mère et de l'enfant, 495.

N° 14. Quatre exemples d'*opération césarienne* mortelle. — Enfans vivans, 500.

N° 15. Exposé succinct de six opérations césariennes pratiquées après la mort de la femme, 507.

N° 16. Deux observations de *travail mortel* avant l'accouchement ; malgré la crâniotomie, etc., 509.

N° 17. Deux exemples d'accouchement spontané après la crâniotomie, 513.

N° 18. Trois cas de *resserrement*. — *Crâniotomie*, crochets, etc., 514.

N° 19. Six observations de crâniotomie avant ou après la version, 517.

N° 20. *Rétrécissement* considérable. — 1re position du vertex ; *version*. — *Crâniotomie*. — *Crochets*, etc., 521.

FIN DE LA TABLE ANALYTIQUE DU TROISIÈME ET DERNIER VOLUME.

TABLE énumérative des Accouchemens observés depuis le 1er janvier 1812 jusqu'au 31 décembre 1820.

	ACCOUCHEMENS (1).								ENFANS.							
ANNÉES.	TOTAL des ACCOUCHEMENS.	TOTAL des PARTURITIONS	ACCOUCHEMENS UNIPARES.	ACCOUCHEMENS BIPARES.	ACCOUCHEMENS TRIPARES.	PARTURITIONS NATURELLES.	PARTURITIONS ARTIFICIELLES.	RAPPORT DES ARTIFICIELLES aux NATURELLES.	TOTAL des ENFANS	GARÇONS.	FILLES.	ENFANS VIABLES.	ENFANS (2) FAIBLES.	AVORTONS.	ENFANS (3) MONSTRUEUX.	ENFANS MORTS.
1812.	2,449	2,484	2,414	35	»	2,427	57	$\frac{1}{43}$	2,484	1,253	1,231	2,305	78	11	2	88
1813.	2,245	2,274	2,216	29	»	2,251	23	$\frac{1}{98}$	2,274	1,181	1,093	2,129	37	5	4	99
1814.	2,381	2,414	2,348	33	»	2,394	20	$\frac{1}{120}$	2,414	1,249	1,165	2,252	30	11	2	119
1815.	2,344	2,367	2,321	23	»	2,347	20	$\frac{1}{117}$	2,367	1,227	1,140	2,201	62	13	2	89
1816.	2,413	2,442	2,384	29	»	2,416	26	$\frac{1}{93}$	2,442	1,259	1,183	2,284	53	11	1	93
1817.	2,802	2,839	2,766	35	1	2,826	13	$\frac{1}{217}$	2,839	1,431	1,408	2,665	56	14	»	104
1818.	2,402	2,434	2,371	30	1	2,403	31	$\frac{1}{77}$	2,434	1,244	1,190	2,193	138	18	1	84
1819.	2,504	2,533	2,475	29	»	2,489	44	$\frac{1}{58}$	2,533	1,325	1,208	2,313	118	16	2	84
1820.	2,420	2,456	2,384	36	»	2,417	39	$\frac{1}{62}$	2,456	1,276	1,180	2,301	61	17	»	77
TOTAL.....	21,960	22,243	21,679	279	2	21,970	273	$\frac{1}{80}$	22,243	11,445	10,798	20,643	633	116	14	837

(1) *Accouchement*, état de couche : *parturition*, acte d'expulsion d'un fœtus.
(2) Apoplectiques, prématurés, etc.
(3) Non viables.

ÉNUMÉRATION COMPARATIVE

Des diverses Positions observées depuis le 1er janvier 1812 jusqu'au 31 décembre 1820 (neuf années).

POSITIONS.	TOTAUX.	ACCOUCHEMENS SPONTANÉS.	ACCOUCHEMENS ARTIFICIELS.	ENFANS VIVANS.	ENFANS FAIBLES.	ENFANS abortifs ET DIFFORMES.	ENFANS MORTS.	RAPPORT de chaque position au total.
1re DU VERTEX.	15,809	15,728	81	14,963	535	18	493	$\frac{9}{10}$ à-peu-près.
2e DU VERTEX.	4,659	4,628	31	4,372	123	4	160	$\frac{1}{4}+\frac{3}{4}$
4e DU VERTEX.	164	151	13	126	26	1	11	$\frac{1}{14}+\frac{119}{164}$
5e DU VERTEX.	66	60	6	56	6	»	4	$\frac{1}{338}+\frac{35}{64}$
3e DE LA FACE.	58	51	7	50	6	»	2	$\frac{1}{215}+\frac{98}{103}$
4e DE LA FACE.	45	37	8	34	7	1	3	
1re DES FESSES.	294	287	7	210	36	10	38	$\frac{1}{37}+\frac{235}{804}$
2e DES FESSES.	191	189	2	147	23	2	19	
3e DES FESSES.	3	3	»	1	»	1	1	
4e DES FESSES.	4	4	»	3	»	»	1	
1re DES PIEDS.	215	212	3	159	27	1	28	
2e DES PIEDS.	84	82	2	52	14	2	16	
3e DES PIEDS.	»	»	»	»	»	»	»	
4e DES PIEDS.	4	4	»	4	»	»	»	
1re DES GENOUX.	6	6	»	4	1	»	1	
2e DES GENOUX.	3	3	»	1	1	»	1	
3e DES GENOUX.	»	»	»	»	»	»	»	
4e DES GENOUX.	»	»	»	»	»	»	»	
3e DE L'ÉPAULE DROITE.	41	8	33	20	5	6	10	$\frac{1}{188}+\frac{59}{138}$
4e DE L'ÉPAULE DROITE.	24	3	21	11	3	3	7	
3e DE L'ÉPAULE GAUCHE.	19	1	18	9	2	1	7	
4e DE L'ÉPAULE GAUCHE.	34	»	34	23	7	»	4	
INDÉTERMINÉES.	520	517	3	398	11	80	31	
TOTAL GÉNÉRAL.....	22,243	21,975	268	20,643	633	130	837	

TABLE COMPARATIVE

Des Terminaisons des Accouchemens précédemment énumérés, avec l'état physique des Nouveau-nés.

				TOTAUX.	ENFANS VIVANS.	ENFANS FAIBLES.	ENFANS MORTS.	ABORTIFS et DIFFORMES.
ACCOUCHEMENS, 22,243.	SPONTANÉS, 21,974		Vertex. { Cordon ombilical repoussé avec succès neuf à dix fois. / Non repoussé cinq à six fois.	20,567	19,450	462	635	20
			Face	88	78	6	3	1
			Fesses, Pieds et Genoux	799	575	98	101	16
			Epaules	12	»	»	2 (a)	10
			Positions indéterminées	517	397	11	29	80
			Total	21,974	20,500	577	770	127
	ARTIFICIELS, 269.	FORCEPS 77	Vertex, 75	Inerties de l'utérus ou rétrécissemens des parties génitales extérieures	39	24	8	»
				Resserrement du bassin	8	2	2 (b)	4 (c)	»
				Positions transversales réputées causes d'inerties	8	3	4	1	»
				Convulsions de la mère	8	4	2	2	»
				Procidences du cordon ombilical	3	2	»	1	»
				Squirrhes du col de l'utérus	2	1	»	1	»
				Procidence du bras	1	1	»	»	»
				Hémorrhagie utérine	1	»	»	1	»
				Obliquité utérine	1	»	1	»	»
				Position bregmatique	1	1	»	»	»
			Face, 5	Inerties de l'utérus	4	1	2	1	»
				Position frontale	1	»	1	»	»
				Total	77	39	20	18	»
		VERSIONS, 174	Vertex, 47	Inerties de l'utérus, etc	24	19	5	»	»
				Hémorrhagies	8	3	2	4	»
				Resserrements du bassin	6	3 (d)	2	1	»
				Procidences du cordon	5	4 (e)	»	1	»
				Procidence d'une main	1	1	»	»	»
				Position pariétale	1	»	1	»	»
				Resserrement de l'orifice interne	1	»	»	1	»
				Tumeur recto-vaginale (f)	1	»	»	1	»
			Face (inertie), 7		7	4	3	»	»
			Fesses (idem), 8		8	4	2	2	»
			Pieds (idem), 4 (g)		4	2	1	1	»
			Epaules, 106	Cas simples	102	63	15	24 (h)	»
				Avec hémorrhagie	1	»	»	1	»
				Avec resserrement du bassin	2	»	2	»	»
				Avec procidence du cordon	1	»	»	1	»
			Positions indéterminées (hémorrhagies utérines)		2	1	»	1	»
			Total		174	103	33	38	»
		REDUCTION de deux positions frontales en positions franches de la face			2	1	1	»	»
		CRANIOTOMIES, 12	Vertex, 10	Hydrocéphales (accouchemens spontanés après l'opération)	3	»	»	»	3
				Position bregmatique (forceps après la perforation du crâne)	1	»	»	1	»
				Resserrement du bassin (1 version et 2 applications de crochets après perforation)	3	»	»	3	»
				Positions transversales, inertie (1 version et 1 application de crochets)	2	»	»	2	»
				Inertie (forceps après perforation du crâne)	1	»	»	1	»
			Face (inertie), forceps après perforation du crâne		1	»	»	1	»
			Pieds (avec une main et le cordon), crâniotomie après version du fœtus		1	»	»	1	»
			Total		12	»	»	9	3
		HYSTEROTOMIES (i) (après la mort de la mère), 4.	Vertex		2	»	1 (i)	1	»
			Fesses		1	»	1 (k)	»	»
			Positions indéterminées		1	»	»	1	»
			Total		4	»	2	2	»
		TOTAL des Enfans extraits par les secours de l'art			269	143	56	67	3

(a) Enfans putréfiés; l'un d'eux né spontanément, après de longues et infructueuses tentatives de version.
(b) Enfoncure à l'un des os frontaux.
(c) *Idem.*
(d) Un d'eux extrait au moyen du crochet mousse.
(e) Un avec resserrement du bassin.
(f) Kyste remplissant l'excavation pelvienne, vidé avant la version par une incision faite du côté du vagin.
(g) On ne rapporte ici que ceux qui ont exigé qu'on allât saisir les pieds dans l'intérieur de la matrice.
(h) Deux fois après des tentatives maladroites faites hors de l'hospice.
(i) Mort de convulsions quatre jours après la naissance.
(k) Mort deux jours après la naissance.

(*l*) Dans l'année 1824, on a pratiqué une fois l'opération césarienne sur le sujet vivant : l'enfant a vécu ; mais la mère est morte d'une péritonite. Une fois aussi on a pratiqué la section pubienne ; l'enfant est mort peu après sa naissance : la mère n'est rétablie. Il y a eu, en outre, deux hystérotomies exécutées sur des femmes enceintes récemment mortes : les deux enfans n'ont donné aucun signe de vie. Dans l'année 1823 une autre opération césarienne a été faite à l'hospice sur une femme vivante : elle eut les mêmes résultats que celle dont j'ai fait mention ci-dessus.

muns aux mammifères de la famille suivante; mais dans celle-ci la couronne des mâchelières est plate, ou offre deux arètes. L'index est onguiculé et a trois phalanges.

Le nez est toujours simple; les oreilles sont toujours petites et sans aileron; les membranes latérales sont ordinairement profondément échancrées entre les jambes. Ces cheiroptères se nourrissent de fruits, tandis que les suivans sont entomophages.

Les g. Roussette, Céphalote, Cynoptère, Harpie, Macroglosse.

TROISIÈME FAMILLE.

Vespertiliones (ou chauve-souris). *Vespertiliones.*

Semblables, ainsi que je l'ai dit, aux cheiroptères de la famille précédente, à raison de la forme et des propriétés de leurs membres antérieurs, ils en sont néanmoins bien distincts par leurs mâchelières hérissées de pointes coniques, et par leur index dépourvu d'ongle et n'ayant qu'une à deux phalanges.

I. Museau souvent remarquable, soit par ses appendices, soit par des fossettes ou des sillons. Nombre total des incisives, de huit au plus, et souvent moindre, ou nul.

1. Museau sans appendices ni sillons.

Les g. Molosse, Nyctinome, Sténoderme, Dysope, Myoptère, Noctilion, Atalaphe (Rafin., Desmar.).

2. Bout du museau offrant, soit des appendices en forme de lames ou de feuilles, soit des sillons ou des fossettes.

A. Oreilles libres (point réunies sur la tête).

Les g. Glossophage, Phyllostome, Vampire, Rhinolophe, Nyctère, Taphien.

B. Oreilles réunies.

LIBRAIRIE DE J.-B. BAILLIÈRE.

GUILBERT. De la goutte et des maladies goutteuses, suivi de recherches pratiques sur la pathologie, le traitement du rhumatisme, et les moyens de prévenir cette maladie; trad. de l'anglais de James Johnson. *Paris*, 1820, in-8. 5 fr.

FODERA. Histoire de quelques doctrines médicales comparées à celle du docteur BROUSSAIS. *Paris*, 1821, in-8. 3 fr. 50 c.

— Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation, mémoire couronné par l'Institut royal de France; par le même. *Paris*, 1824, in-8, avec une planche coloriée. 2 fr. 50 c.

MOULIN. Traité de l'apoplexie, ou Hémorrhagie cérébrale; considérations nouvelles sur les hydrocéphales; description d'une hydropisie cérébrale particulière aux vieillards, récemment observée. *Paris*, 1819; in-8. 3 fr. 50 c.

Sous presse, pour paraître incessamment.

EXPOSÉ DES DIVERSES MÉTHODES D'EXTRAIRE LES CALCULS URINAIRES DE LA VESSIE, SANS PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA TAILLE, par J. LEROY, docteur en médecine de la faculté de Paris; in-8. fig.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR CERTAINES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS, en particulier sur la phlegmasie chronique avec engorgement du col de cet organe, et sur les avantages de l'application immédiate des sangsues, méthodiquement employée dans cette maladie; par J. N. GUILBERT, professeur de la faculté de médecine de Paris; in-8. fig.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, coordonné dans l'esprit de la nouvelle doctrine médicale, par L.-J. BÉGIN, docteur en médecine, membre de l'académie royale de médecine et de la société médicale d'émulation. 1 vol. in-8.

NOUVEAUX ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICO-CHIRURGICALE, ou Précis théorique et pratique de médecine et de chirurgie, rédigés d'après les principes de la médecine physiologique, par MM. ROCHE, docteur en médecine de la faculté de Paris, et SANSON, docteur en chirurgie de la faculté de Paris, chirurgien du bureau central d'admission des hôpitaux, etc.; 2 vol. in-8.

PRINCIPES DE PHYSIOLOGIE MÉDICALE, par Isidore BOURDON, docteur en médecine de la faculté de Paris, 1 vol. in-8.

INDUCTIONS TIRÉES DE L'OUVERTURE DES CORPS DES ALIÉNÉS POUR SERVIR AU DIAGNOSTIC ET AU TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES, par J.-P. FALRET, docteur en médecine de la faculté de Paris, membre adjoint de l'académie royale de médecine, de la société médicale d'émulation, etc. 1 vol. in-8.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HYGIÈNE, rédigé d'après les principes de la nouvelle doctrine médicale, par CH. LONDE, docteur en médecine de la faculté de Paris, membre de la société médicale d'émulation, etc. 1 vol. in-8.

DE LA SOLITUDE, par Zimmermann; nouvelle traduction de l'allemand, par A.-J.-L. Jourdan, D. M. P, 1 vol. in-8.

DE L'IMPRIMERIE DE LACHEVARDIERE FILS,
SUCCESSEUR DE CELLOT, RUE DU COLOMBIER, N° 30.